

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1895

N° —

40

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 4 décembre 1895, à 1 heure

Par HENRI ROCHÉ

Né à Paris le 10 juin 1868
Ancien externe des Hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

EXAMEN CLINIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE
DE CENT TRENTE-SEPT CAS DE

DIPHTÉRIE DE L'ADULTE
TRAITÉS A L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

Pavillon d'isolement. — Janvier-octobre 1895

— JURY —

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. | STRAUS, professeur.
| GILLES DE LA TOURETTE, NETTER, agrégés.

*Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées
sur les différentes parties de l'enseignement médical*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
45, Rue Racine 45

—
1895

Faculté de médecine de Paris

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 4 décembre 1895, à 1 heure

Par HENRI ROCHÉ

Né à Paris le 10 juin 1868
Ancien externe des Hôpitaux
Médaille de bronze de l'Assistance Publique

EXAMEN CLINIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE

DE CENT TRENTE-SEPT CAS DE

DIPHTÉRIE DE L'ADULTE

TRAITÉS A L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

Pavillon d'isolement. — Janvier-octobre 1895

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. STRAUS, professeur.
GILLES DE LA TOURETTE, NETTER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Boyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	LABOULBENE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladie des enfants	G. SEE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	HAYEM.
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	JOFFROY.
Clinique ophthalmologique	FOURNIER.
Clinique d'accouchements	RAYMOND.
	TILLAX.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	FAUCONNIER	MARFAN	SCHWARTZ
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIER	THIERRY
ANDRÉ	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef de tra-	VARNIER
BROCA	HARTMANN	vaux anatomiques.	WAETHER
CHANTEMESSE	HEIM	RETTNER	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RICARD	WIDAL
CHASSEVENT	LETULLE	ROGER	WURTZ
DELBET			

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX.

Qu'il me soit permis, au commencement de ce travail d'exprimer toute ma gratitude aux Maîtres qui, par leurs leçons, leurs conseils, leur expérience m'ont initié pendant les huit années que j'ai passées dans les hôpitaux de Paris à la pratique de la Médecine.

Je nommerai tout d'abord MONSIEUR LE DOCTEUR GOUGUENHEIM, qui m'a facilité cette *Etude sur la Diphtérie* en mettant à ma disposition son Laboratoire bactériologique si bien installé et toutes les ressources du Service spécial de la Diphtérie de l'hôpital Lariboisière; MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY dont les conseils si éclairés m'ont guidé au début de ce travail.

Tous mes remerciements se portent A MONSIEUR LE DOCTEUR PÉRIER qui m'a montré les applications si fécondes de l'antisepsie dans les grandes opérations chirurgicales; à mon président de thèse, MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER, médecin de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de Médecine, officier de la Légion d'honneur; A MESSEURS LES CHIRURGIENS DES HOPITAUX, NÉLATON, PICQUÉ, LEJARS, HARTMANN qui ont été pour moi des Maîtres toujours bienveillants.

Je ne puis oublier les brillantes dissertations sur les Maladies de la Peau du regretté médecin de Saint-Louis, QUINQUAUD.

Que MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON me permette de le remercier de son enseignement spécial si précieux et si élevé.

A MONSIEUR L'ACCOUCHEUR DES HOPITAUX BAR, pour ses habiles leçons pratiques.

A mes maîtres en médecine, MONSIEUR LE DOCTEUR GILBERT, mon premier maître; A MESSEURS LES DOCTEURS BARTH, DUGUET, GINGEOT, MILLARD, dont les savantes leçons cliniques m'ont été d'une si grande aide; A MONSIEUR LE DOCTEUR GOUGUENHEIM sous lequel j'ai pu étudier plus particulièrement les maladies du larynx, du nez et des oreilles.

J'adresse l'expression de ma plus profonde reconnaissance.



EXAMEN CLINIQUE ET BACTÉRIOLOGIQUE

DE 137 CAS DE

DIPHTÉRIE DE L'ADULTE

CHAPITRE PREMIER

Angine diphtérique de l'adulte. — Conception nouvelle
d'après les données bactériologiques.

Au mois de mars 1895, M. le Dr Gouguenheim (1) présenta à la Société médicale des Hôpitaux, une étude sur le traitement de la diphtérie au pavillon d'isolement de l'hôpital Lariboisière.

Les malades observés comprenaient des enfants et des adultes, le nombre considérable de ces der-

1. Gouguenheim, *Annales de Laryngologie*, mars 1895.

niers, 77, permit de faire des constatations fort intéressantes qui amenèrent le Dr Gouguenheim à poser les conclusions suivantes :

« La diphtérie, dit-on, est une maladie de l'enfance et que l'on rencontre beaucoup plus rarement chez l'adulte. Est-ce un fait certain ? Et ne pourrait-on supposer pour l'affirmer que l'on se soit surtout laissé influencer par la fréquence bien plus grande des accidents laryngés chez l'enfant.

Est-on bien sûr aussi que chez l'adulte, la nomenclature des affections aiguës de la gorge soient d'une exactitude rigoureuse ?

Est-il vrai que, parmi les innombrables maux de gorge si bénins, dont est affligé l'adulte, la diphtérie ne joue pas un rôle bien plus considérable qu'on ne l'a cru jusqu'ici et que le malade ne soit en ce cas un véhicule de la maladie peut-être aussi commun que l'enfant et d'autant plus redoutable qu'il est plus méconnu. Ces maux de gorge légers dont souffre l'adulte guérissent vite presque toujours, sans avoir attiré l'attention de l'entourage ; les médecins sont rarement consultés et heureusement à cet âge, le larynx est moins sensible que celui de l'enfant, et même quand les symptômes laryngés apparaissent, il est fort rare qu'ils provoquent des complications aussi redoutables que chez l'enfant. J'ai pu observer des cas de diphtérie que sans l'examen laryngoscopique on aurait pu prendre pour des affections tout-à-fait distinctes de la diphtérie, surtout quand le pharynx était indemne.

Grâce à l'examen bactériologique, cette lacune est facile à combler et nous avons été assez heureux pour reconnaître la nature diphtéritique de certaines épidémies d'amygdalite folliculaire dont la vraie cause était totalement ignorée autrefois. Tout le monde connaît l'histoire de ces épidémies décrites par Teissier en 1886, Danchez plus tard, puis Dubousquet-Laborderie et d'autres. Nous avons observé dans nos salles des faits de ce genre dont l'examen bactériologique nous a donné la clef.

Aussi m'a-t-il paru intéressant de profiter de cette lecture pour attirer l'attention de nos collègues sur cette quantité de cas d'amygdalite aiguë, traités sans méfiance sous le nom d'amygdalite folliculaire et dont un certain nombre doivent être rattachés à la diphtérie; et puisque cette dernière affection nous semble plus commune qu'on ne l'a dit chez l'adulte, il y aurait peut-être lieu de contrôler bactériologiquement toutes ces maladies pour appliquer le traitement et éviter surtout l'explosion de ces épidémies dont on cherche vainement le point de départ. »

M. le Dr Gouguenheim voulut bien nous charger alors des recherches à poursuivre dans la direction qu'il avait si nettement indiquée; nous avons ainsi recueilli 137 observations de diphtérie de l'adulte. Les données nouvelles qui résultaient de ces examens étaient déjà si éclatantes que notre Maître, au mois de juin 1890, n'hésita pas à en faire l'objet

d'une communication à un congrès étranger (1). Il disait : « Mes prédictions se sont réalisées :

De ces faits observés, tant au point de vue clinique que bactériologique, nous nous croyons autorisé à déduire les conclusions suivantes :

1° La diphtérie constitue une classe beaucoup plus importante et commune d'angine de l'adulte qu'on ne l'avait cru jusqu'alors.

2° C'est sous la forme d'angine couenneuse ordinaire étendue à de plus ou moins grandes surfaces de la gorge qu'elle peut se présenter sans que cet aspect soit le plus fréquent.

3° C'est surtout l'aspect d'amygdalites folliculaires ou lacunaires aiguës que revêtent un très grand nombre de cas d'angines diphtéritiques.

4° Ces dernières formes sont habituellement très bénignes et guérissent presque toujours spontanément.

5° Les amygdalites herpétiques peuvent parfois être une des formes de l'angine herpétique.

6° L'angine diphtéritique bénigne peut quelquefois se compliquer de suppuration.

7° L'adénopathie est fréquente mais elle n'existe pas dans tous les cas ;

8° L'examen bactériologique s'impose dans tous les cas d'angine aiguë, sous peine d'erreur de diagnostic. »

Précisément à la même époque M. le professeur

1. Gouguenheim. *Annales de laryngologie*, juillet 1895.

Dieulafoy réunissait un faisceau d'observations d'angines diphtériques à forme herpétique, auquel nous fûmes heureux de contribuer. L'ensemble de ces cas était si concluant que M. le professeur Dieulafoy (1) annonçait à la séance de l'Académie de Médecine du 11 juin 1895 : « L'étude des angines avec herpès est à refaire et doit subir le sort de toutes les angines. Les travaux bactériologiques de ces dernières années nous ont démontré et nous démontrent tous les jours que la nature d'une angine, fût-elle érythémateuse, pultacée ou couenneuse, *ne peut être diagnostiquée d'une façon certaine, indiscutable que par l'examen bactériologique.....* bon nombre d'angines considérées par le meilleur clinicien comme n'étant pas diphtériques sont démontrées diphtériques par la bactériologie. »

Cette citation définit parfaitement notre sujet ; le cadre de l'angine diphtérique, nous précisons le cadre de l'angine diphtérique de l'adulte, se trouve réduit dans un sens, allongé dans un autre.

D'un côté en effet nous avons des angines à fausses membranes, dues à des micro-organismes variés, mais où l'on ne trouve pas de bacille de Loeffler, donc ce ne sont pas des angines diphtériques ; d'un autre côté nous avons des angines couenneuses communes, folliculaires, aiguës sans fausses membranes mais dues au bacille de Loeffler. « *Diphtheria sine diphtheria* » a dit Escherich (2).

1. Bulletin de l'académie de médecine, no 23, 1895.

2. Escherich. Centr. f. Bact. und Parasit, t. VIII, janvier 1890.

Non-seulement l'aspect de la diphtérie diffère chez l'adulte de celui qui est décrit classiquement, mais aussi sa fréquence, mais aussi son pronostic, et nous basant sur l'ensemble des cas que nous avons vus, nous affirmons des conclusions tout à fait contraires à cette proposition, écrite par M. Bourges (1) et très courante, d'ailleurs : « La diphtérie est assez rare chez les adultes, en revanche elle est généralement plus grave que chez les enfants ».

Et il ajoute « on a cependant signalé des épidémies d'angines diphtériques bénignes chez l'adulte ».

Nous ne croyons pas avoir eu affaire à une épidémie bénigne, nous pensons bien plutôt que s'il y a, tantôt des épidémies bénignes, tantôt des épidémies graves, il y a toujours des adultes dont l'angine diphtérique présente si peu de symptômes qu'elle n'attire pas l'attention, et c'est une quantité de malades, de contagieux qui n'est pas négligeable ; en veut-on un exemple ?

Le 1^{er} juin 1895 entraît au pavillon d'isolement une petite fille (2) atteinte de diphtérie conjonctivale, cette enfant fut assez sérieusement malade et son séjour fut de 15 jours à l'hôpital. Elle est sortie guérie et bien portante, sans paralysie consécutive. On avaitensemencé un tube de sérum et l'on avait obtenu des colonies de bacilles de Loeffler purs.

Recherchant les causes de contaminations, nous

1. Bourges. *La diphtérie*.

2. Voir à la statistique. Observation n. 89.

apprîmes en insistant que la mère avait eu un léger mal de gorge les jours précédents. Le pharynx de celle-ci ne présentait rien d'anormal à la vue. Néanmoins râclant, dès l'entrée à l'hôpital, avec la spatule, la paroi postérieure de son pharynx, nous ensemencâmes un tube de sérum, avec elle aussi nous avons des colonies de bacilles de Loeffler.

Poursuivant nos investigations, nous sûmes que le père avait eu 15 jours auparavant une amygdalite, mais il avait continué ses occupations, n'avait pas vu de médecin. Quand nous l'examinâmes, il ne présentait plus rien, nous obtînmes par culture cependant chez lui aussi des colonies pures et nombreuses de bacille de Loeffler.

Et cette épidémie de foyer est loin d'être une exception ; d'une façon constante, la diphtérie est grave chez l'adulte non pour lui-même, mais pour les jeunes qui vivent avec lui. On peut dire que l'affection augmente de virulence en passant de l'adulte à l'enfant, s'atténue de l'enfant à l'adulte, celui-ci alors est et reste longtemps un danger sans avoir éprouvé de symptômes frappants.

Avant de dire ce que nous avons fait, nous tenons à dire ce qui nous a échappé, et c'est précisément sur la question de virulence que les objections ne nous manqueront pas. Si bien outillé que nous l'avons été dans le laboratoire que le Conseil municipal a établi au pavillon de la diphtérie, nous n'avons pu faire d'inoculations, c'est un point faible, dont l'importance ne nous a pas échappé,

mais auquel nous avons remédié autant qu'il a été en notre pouvoir. Il est, en effet, d'autres modes que l'inoculation pour juger de la virulence : le bacille de Loeffler, dont la présence entraîne des paralysies, le bacille de Loeffler qui d'un individu à angine bénigne, passe chez un autre pour produire une forme grave, est bien virulent.

Ce préambule était nécessaire pour faire voir la tendance qui a présidé à nos recherches, nous ne présentons pas ici une série de malades envoyés à l'hôpital avec l'étiquette diphtérie, étiquette mise dès l'abord par un médecin de la ville en présence d'une angine à forme grave. Si ce moyen de recrutement eût été le seul, nul doute que notre description serait restée conforme à la tradition. Voici comment il a été procédé : — M. Gouguenheim, qui dirige à l'hôpital Lariboisière une Clinique des maladies de la gorge et du larynx, examina avec soin tous les malades qui se présentaient à sa consultation, se plaignant d'un mal de gorge, et tous, il les reçut — tout au moins ceux qui ne se refusèrent pas à entrer, car l'immense majorité ne venait pas pour se faire recevoir.

Les malades dirigés au pavillon d'isolement, étaient, avant que d'entrer dans les salles, examinés et séance tenante, on ensemait un tube de sérum (1). Ce tube de sérum était placé dans l'étuve

1. Grâce au zèle professionnel, à l'intelligence et à la présence constante de Mlle Lalvey, surveillante du Pavillon de la Diphtérie, les premiers ensemencements ont toujours pu être faits dès l'arrivée des malades.

de Roux et l'on faisait l'examen au bout de 20 à 24 heures. Cet examen était pratiqué en étalant sur une lamelle une colonie et en la colorant avec, soit le bleu composé de Roux, soit avec le violet composé de gentiane.

Nous allons commencer par une exposition de la forme la plus fréquente, celle où l'on a trouvé des fausses membranes, nous ferons ensuite l'historique des formes sans fausses membranes et nous en décrirons successivement chacune des variétés; nous continuerons par un exposé des complications que nous avons notées; pour le traitement nous rappellerons succinctement ce qui a été fait.





CHAPITRE II

Forme pseudo-membraneuse.

Si l'on veut bien consulter le tableau statistique annexe — on constatera que l'on a trouvé des fausses membranes dans 54 cas — comme l'on a affaire à un total de 137 malades, la diphtérie couenneuse s'est donc montrée dans un peu plus d'un tiers des cas.

Nous allons montrer comment cliniquement s'est présentée cette série de malades en réservant toutefois pour le chapitre des complications les observations 3, 10, 30, 103, *angines hypertoxiques* et les observations 7, 18, 39, 60, 71, 84, *croupes*.

L'âge des malades a été des plus variables, il est compris entre 17 et 60 ans; il est cependant une remarque importante à faire c'est la quantité considérable d'adultes de 18 à 23 ans.

Si la proportion des femmes est bien supérieure à celle des hommes cela tient uniquement à des

conditions administratives; le nombre des malades reçus étant devenu supérieur au nombre de lits vacants, il ne fut plus reçu d'homme à partir d'un certain moment.

La profession des malades semble très variable chez les hommes, mais pour les femmes nous voyons une quantité de domestiques, cela tient à ce que dans les familles on fait évacuer le plus rapidement possible l'employée suspectée d'angine diphtérique, si bénigne que soit son affection, par crainte de contagion, tandis que dans bien des ménages indigents la femme restant valide continue les occupations pour lesquelles elle est nécessaire.

Pour quelles raisons, pour quelles causes la diphtérie s'est-elle implantée chez ces malades? il en est plusieurs incontestables, dont la part n'est pas douteuse, il en est d'autres aussi mais dont l'évaluation est incertaine.

Dans bien des cas, nous avons affaire à des gens prédisposés anatomiquement, les uns sujets à des angines aiguës fréquentes, à retour pour ainsi dire périodique, d'autres ayant de l'hypertrophie des amygdales, hypertrophie permanente et si réelle qu'à plusieurs nous en avons fait postérieurement l'ablation, et cette hypertrophie n'était pas consécutive à l'angine mais bien antérieure car la plupart avait déjà reçu des soins pour cette affection (Observations 12, 24, 51, etc.)

La véritable cause, celle nécessaire, la contagion, a été relatée dans bien des cas.

Le n° 3 a été contaminé à l'hôpital Tenon dans une épidémie de salle, ainsi que le n° 5.

Le n° 12, femme âgée de 34 ans, avait une de ses voisines atteinte d'amygdalite quand elle-même est tombée malade, il a été possible d'établir la contagion pour beaucoup d'autres malades, dans des conditions identiques.

De quelle durée était l'incubation — assurément très inégale, d'après ces exemples — de deux à six jours en moyenne, mais rien ne prouve qu'elle n'a pas été supérieure certaines fois, et peut-être aurait-on ainsi l'explication du manque de renseignements sur la contagion d'un certain nombre de malades. Mais ce sur quoi nous tenons à insister c'est la fréquence des cas où ces diphtéritiques disent s'être trouvés en rapport avec des individus atteints d'angines et dont l'origine n'était pas dite diphtéritique.

Le début de l'affection n'a rien de caractéristique, le plus souvent il est insidieux, le malade ne peut dire à quel moment il a commencé à être atteint. C'est la céphalalgie qui ouvre la marche pour la plupart, céphalalgie d'abord peu marquée, fugace, puis finissant par être continue au bout de quelques heures et quand le mal de tête existe, alors la déglutition devient pénible ; ces symptômes vont en augmentant et au bout de la première ou de la deuxième journée, le tableau de la maladie est constitué :

Obs. 30. — Ce malade, âgé de 29 ans, bien portant, commence à avoir mal à la gorge cinq jours avant son entrée à l'hôpital; de la céphalalgie apparaît en même temps; ces symptômes sont restés à peu près stationnaires, mais il se présente le 4 à la consultation parce qu'en outre il a de la courbature et de la fièvre 39°, toute sa gorge était tapissée de fausses membranes.

A côté de ce début sans fracas s'en montre un autre non pas solennel mais dont la manche foudroyante est véritablement saisissante, il sert généralement de préambule à la forme hypertoxique.

Obs. 23. — Cette femme âgée de 35 ans, a été prise trois jours avant son entrée d'une céphalalgie intense, de courbature et de dysphagie, à son entrée la température dépasse 40°, elle a des frissons, le visage est bouffi et violacé, c'est en 48 heures que ces symptômes ont pris cette intensité.

Devons-nous signaler particulièrement les débuts des observations 7 et 39. Ces deux malades sont arrivés à l'hôpital mourants, tous deux atteints de croup — et cependant leur affection n'avait attiré l'attention de leur entourage que depuis la veille seulement de leur entrée — nous n'insisterons pas sur ces faits si bien observés par Trousseau (1) qui pour des cas analogues concluait ainsi : « L'instantanéité des accidents survenus vous donne la mesure du peu d'intensité des phénomènes généraux qui depuis quelques jours les avaient précédés; ce fait vient à l'appui de ce que je viens de vous dire du

1. Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, tome I, p. 376.

peu de retentissement que la diphtérie pharyngée (maladie qui semble d'abord se borner à une manifestation locale sans grande gravité, tant qu'elle reste limitée au pharynx) du peu de retentissement que la diphtérie a le plus ordinairement sur l'état général de l'économie dans les premiers jours de la maladie ».

Aussi ne manquerons-nous pas de conclure avec Trousseau (1) ; « Dans un grand nombre de circonstances, la diphtérie n'a pas au début de gravité apparente ».

Nous allons voir que non seulement au début, il n'y a pas de gravité apparente pour l'angine diphtéritique, mais que même à la période d'état, il y a rarement des symptômes alarmants.

Le faciès n'est pas caractéristique — nous n'avons pas eu l'occasion d'enregistrer un de ces aspects typiques bien connu sous le nom de cou proconsulaire ; nous en avons cependant vu un cas dans la première série d'angines diphtéritiques dont M. Gouguenheim avait rendu compte à la Société médicale des Hôpitaux en mai 1895.

Assez souvent la face était pâle, décolorée, mais cette pâleur n'imprimait pas à la physionomie de cachet spécial.

La fétidité de l'haleine ne s'est montrée qu'un petit nombre de fois, et c'est dans les formes les plus graves que nous l'avons constatée seulement.

1. *Id.* p. 177.

Procédant à l'examen de la gorge, nous parlerons d'abord de l'état de la muqueuse, il est impossible de dire quel il était d'une façon collective, mais cependant tous les cas se rapportaient à trois types assez nets.

Dans le premier, la muqueuse était rouge, mais d'un rouge intense, carminé (Obs. 34-62).

Dans un second type, la muqueuse est plus rouge, plus foncée qu'à l'état normal, cette teinte rougeâtre occupe alors également la base du voile du palais, les amygdales, la paroi postérieure du pharynx (Obs. 15-124).

Enfin dans un dernier type, la fausse membrane semble reposer sur une muqueuse saine et rien comme coloration n'accuse la limite entre celle-ci et la couenne (Obs. 133).

Mais ce qu'on retrouve d'une façon plus constante c'est le gonflement : celui-ci peut être considérable, les amygdales tuméfiées, (mais il s'agit alors surtout d'amygdales préalablement hypertrophiées) oblitérent l'ouverture du pharynx ; mais le gonflement ne les envahit pas régulièrement ensemble : tantôt l'une est excessivement développée, tandis que l'autre est restée normale ; moins fréquemment les deux grossissent en même temps et viennent s'accoler sur tout le bord libre et l'infiltration occupant aussi la luette, l'ensemble forme un rideau cachant d'une façon absolue la paroi postérieure du pharynx.

Le voile du palais participe souvent à ce gonflement et nous avons pu craindre à certains moments,

tant le voile se trouvait porté en avant jusque vers le milieu de la cavité buccale que quelque abcès péri-amygdalien ne fût en voie de collection.

Le fait le plus saillant dans ce gonflement, c'est qu'il épargne rarement les amygdales, et si celles-ci restent indifférentes, c'est lorsqu'elles n'existent pour ainsi dire pas tant leur volume normal est petit.

Quel était l'état de la muqueuse au-dessous de la fausse membrane? — c'est un point dont la valeur est secondaire, — nous ne l'avons d'ailleurs pas recherché par détachement de la fausse membrane, cette intervention n'ayant qu'un résultat, aviver et faire suinter la muqueuse, c'est-à-dire l'exposer à une infection secondaire, dont on peut espérer qu'elle se trouve garantie par la couenne elle-même. Mais grâce aux injections de sérum de Roux, leur chute rapide a permis de voir combien rares étaient les lésions profondes, tout au plus constatait-on au-dessous une surface brillante, tendue, quelquefois sanguinolente sur le contour, mais dont la cicatrisation totale ne demandait pas plus de 24 heures. Il faut cependant dire qu'à la suite de la chute des fausses membranes, les douleurs de déglutition apparaissaient ou augmentaient tant que l'apparence absolument normale n'était pas revenue. Dans plusieurs cas, à la suite de la chute des fausses membranes, nous avons constaté de profondes ulcérations du voile du palais et des amygdales (Obs. 30).

Nous n'essaierons pas de refaire ici une descrip-

tion de la fausse membrane, nous ne pourrions rien ajouter à ce qu'a dit si complètement M^e Bonnier (1) dans sa thèse. Toujours leur dimension, leur épaisseur, leur adhérence, leur extension rapide, se sont montrées proportionnelles à la gravité du cas.

Quant au siège, nous la voyons recouvrir les amygdales, la paroi postérieure du pharynx, la base du voile du palais; souvent la luette est encapuchonnée.

Sa coloration a presque toujours été la même, blanchâtre ou blanc jaunâtre, rarement grise; la persistance de cette coloration claire doit être attribuée en partie au régime alimentaire et aux soins de propreté de la bouche.

L'engorgement ganglionnaire a été recherché attentivement; car nous comptons le trouver d'une façon normale. Pour Trousseau, en effet, il existe pour ainsi dire toujours. Les auteurs modernes lui attachent aussi une valeur considérable, c'est-à-dire qu'ils affirment son existence pour ainsi dire constante, dans la diphtérie.

M^r Bouilloche (2) dit en effet, « un phénomène presque constant, et qu'il faut toujours rechercher, c'est l'adénite. Il est absolument exceptionnel d'observer des fausses membranes pharyngées sans rencontrer en même temps de la tuméfaction ganglion-

1. M^e Bonnier. *Nécessité de l'exam. bact. pour le diagn. des angines dipht.* Thèse Paris, 1894.

2. Bouilloche. *Les angines à fausses membranes.*

naire. Cette adénopathie a une importance si grande qu'on pourrait lui donner le nom de bubon diphtérique; tantôt il n'y a qu'un ganglion sous-maxillaire tuméfié; il est alors difficile à saisir, il faut aller le chercher derrière l'ongle de la mâchoire où on le sent rouler sous le doigt; tantôt plusieurs ganglions sont pris et forment une saillie facile à reconnaître. Quelquefois ils sont isolés, envahis séparément; d'autres fois, au contraire, ils sont pris en masse, le tissu cellulaire est intéressé; la peau a conservé sa coloration normale ou bien elle est rouge et chaude; la suppuration peut même survenir dans certaines formes d'angine diphtérique ».

M. le professeur Dieulafoy dit dans son *Manuel de pathologie interne*: « Dès le début, ou peu de temps après, les ganglions lymphatiques de l'angle de la mâchoire, ceux par conséquent qui correspondent à l'amygdale, la première malade, sont engorgés. Cette adénite a une grande importance car elle manque rarement (1) ».

Tous les auteurs ne sont cependant pas aussi affirmatifs.

Pour M. Martin « dans les angines diphtériques légères les ganglions sont peu engorgés » et Mme Bonnier dans sa thèse ajoute « qu'il existe des cas de diphtérie bénigne n'ayant duré que deux ou trois jours, où l'engorgement ganglionnaire peut manquer totalement ».

Si nous insistons sur ces divers témoignages c'est

1. Dieulafoy. *Manuel de Path. int.*, tome II, 1894.

que nous voulons bien souligner les points la où diphtérie de l'adulte se différencie des descriptions habituelles de la diphtérie, faites d'une façon générale. Cette absence d'engorgement ganglionnaire peut cependant s'expliquer. Nous lisons dans Morel (1) : « Il semble que les foyers de nécrose ganglionnaire soient toujours dûs à une infection causée par le streptocoque » Alors rien de plus facile à vérifier, on doit retrouver l'engorgement quand il y a du streptocoque; c'est ce qui s'est présenté pour la plupart des cas, mais il faut reconnaître que dans deux cas de diphtérie associée au coccus Brison il y avait des ganglions et aussi dans deux cas où fut trouvé le bacille de Löffler à l'état pur.

Les signes fonctionnels varient suivant les cas, mais en règle générale, l'appétit est diminué sans être supprimé, ou plutôt dans les premières vingt-quatre heures, dès que la céphalalgie est vive il y a perte de l'appétit; les jours suivants, la céphalalgie cède et l'appétit redevient normal. Si les malades ne prennent pas autant d'aliments à ce moment qu'à l'état de santé, cela tient aux douleurs produites par la déglutition.

Celle-ci est surtout pénible, quand le gonflement de la muqueuse est considérable, quand les fausses membranes sont très confluentes, et aussi quand les fausses membranes tombent laissant une muqueuse plus ou moins amincie sans protection.

Les douleurs peuvent être si considérables que

1. Morel, thèse de Paris, 1891.

le malade refuse tout aliment, bien qu'il ait de l'appétit; dans ces cas, les aliments liquides seuls peuvent être pris, bien qu'ils entraînent aussi des efforts de toux.

L'albuminurie est un signe non constant, car on ne la trouve d'une façon régulière que dans les cas graves; pour les formes ordinaires, c'est exceptionnellement qu'elle se rencontre: dans les 54 cas d'angines à fausse membrane nous l'avons constatée en tout neuf fois, sept fois dans des cas graves, deux fois seulement chez des malades légèrement atteints. Nous sommes loin, on le voit, des résultats donnés par Baginsky qui avait constaté l'albuminurie 131 fois sur 279 cas d'angines diphtériques, à diagnostic bactériologique établi.

Elle s'est montrée à des époques variables, dès le début, dans les cas graves, plus tard dans les autres, mais toujours passagère, ne durant que de deux à quatorze jours.

La température est un renseignement précieux au cours de la diphtérie de l'adulte, non pas qu'elle puisse à un moment donné servir à établir le diagnostic; bien entendu celui-ci doit toujours être fait au début bactériologiquement, mais ceci posé, voyons quelles indications elle est capable de donner.

Trousseau et les auteurs modernes admettent une certaine élévation de la température au début de la diphtérie, élévation atteignant 38 et 39°.

Mme Bonnier, dans sa thèse, a fait des recherches bibliographiques très complètes sur ce sujet; il est

vrai qu'elles comprennent bien plutôt des cas de diphtérie chez l'enfant, car elle ne met pas à part ceux de l'adulte; en tous cas citons ses conclusions :

« Se basant sur 65 traces thermométriques, M. Labadie-Lagrave soutient que la température monte au-dessus de 40° au début, et peut souvent dépasser ce chiffre.

C'est également la conclusion à laquelle nous arrivons en faisant remarquer que dans tous les cas où la température du véritable début a pu être notée elle a toujours atteint et souvent dépassé 40° ».

Nous signalerons à ce sujet l'observation 15 de notre statistique.

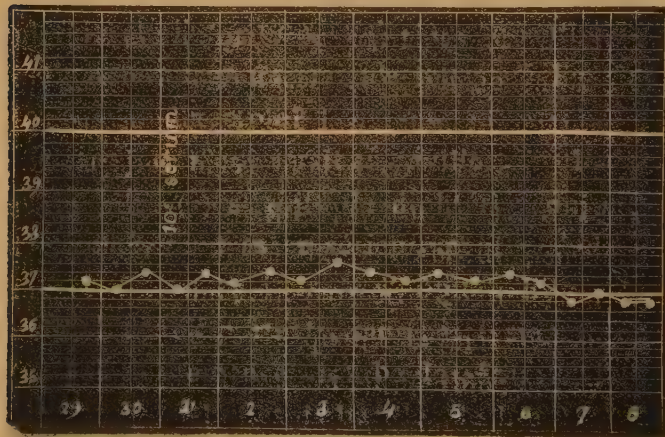
Le malade J. B..., âgé de 17 ans, cordonnier, était soigné à l'hôpital Tenon, pour une pneumonie droite. Sa feuille de température tenue à jour pendant sa pneumonie montre une ascension brusque le 17 mars au matin.

La température atteint 40°,4 et l'on constate la présence de fausses membranes. Le malade avait été contagionné au cours d'une épidémie de salle.

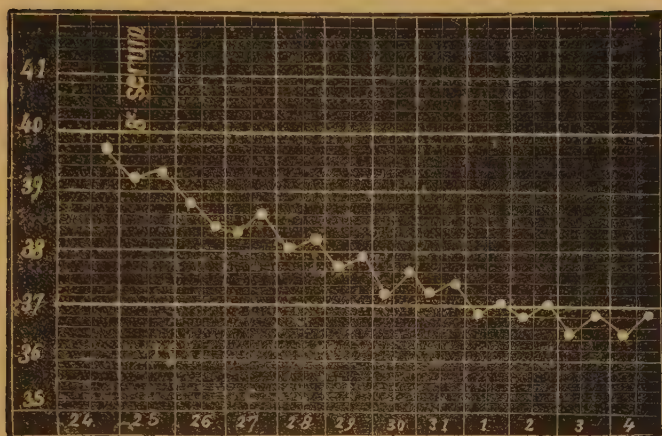


Cette observation vient donc parfaitement à l'appui de l'opinion de M. Bonnier, nous ne croyons pas cependant qu'il faille en tirer des affirmations aussi absolues ; il nous a été donné de suivre aussi les débuts d'une angine diphtérique contractée par une infirmière faisant son service au pavillon d'isolement.

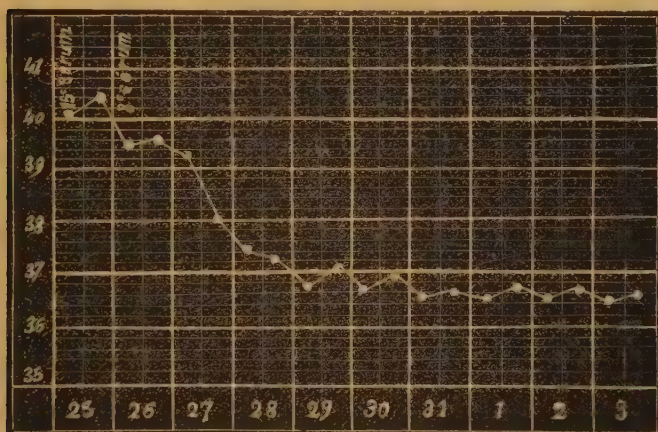
Nous présentons son tracé thermométrique (Obs. 56) car il mérite d'être signalé ; à aucun moment, il n'y a eu de fièvre et pourtant les fausses membranes ont été abondantes, l'état général grave ; on le voit : c'est une exception non douteuse à la règle, car il est bien vrai que la règle dès le début de l'angine diphtérique est l'ascension brusque de la température.



Après une élévation thermique de un à trois jours la température peut baisser dans un temps plus ou moins rapide (Obs. 131).



On voit qu'elle peut encore tomber plus vite comme dans le tracé (Obs. 81).



Si la température est généralement élevée le premier jour, si elle se maintient presque aussi haute les jours suivants, il est rare qu'après quatre à huit jours, elle ne soit retombée à la normale.

Pour M. Martin la chute brusque de la tempéra-

ture est d'un mauvais signe, mais ce que l'on peut soutenir avec non moins de preuves c'est que son abaissement même brusque doit dissiper toute appréhension des complications toujours possibles. Tant que la température n'est pas aux environs de 37° on doit s'attendre à une forme grave, hypertoxique.

Nous avons aussi remarqué des hyperthermies coïncidant avec l'apparition de ces éruptions, bien connues au cours de la diphtérie (dans des cas où il n'a pas été fait d'injections de sérum de Roux). Nous en avons vu aussi coïncider avec les éruptions polymorphes apparaissant vers le cinquième jour après l'injection de sérum de Roux.

Connaissant la fréquence et l'importance des principaux symptômes il nous reste à rappeler l'évolution clinique de l'affection.

Ainsi un homme se présente à la consultation, demandant simplement une ordonnance, il a eu quelques frissons la veille, une légère courbature et de la céphalalgie, son appétit est diminué et il éprouve de la difficulté à avaler.

On l'examine : rien de saillant à première vue, pas de cou proconsulaire, pas de teint blanc caractéristique, le plus souvent pas même de ganglions, seulement une fièvre assez vive depuis le matin ; on regarde le pharynx et l'on voit une fausse membrane tapissant une amygdale, on ensemence un tube de sérum gélatinisé, on reçoit le malade, et le lendemain matin on sait que l'on est en présence d'une angine diphtérique à bacille de Loeffler en culture

pure, ou associée soit au streptocoque, soit au staphylocoque, soit au coccus Brisou. On examine de nouveau le pharynx, la fausse membrane s'est étendue, elle recouvre le voile du palais, encapuchonne la luette; le lendemain, elle se sera encore étendue et recouvrira l'autre amygdale. En même temps qu'elle se propage, la fausse membrane s'épaissit, le gonflement sous-jacent, s'il existait déjà au début, s'accuse davantage et mécaniquement gênée, la déglutition devient impossible. Quand le cas est aussi grave, des douleurs vives siègent au niveau du pharynx, s'irradient vers les oreilles; mais le plus souvent la marche est moins menaçante et la progression des symptômes locaux et généraux s'arrête vite; en effet, vers le deuxième ou troisième jour, qui correspond au maximum de développement des fausses membranes, la température tombe déjà, la céphalalgie a disparu et l'appétit est revenu en partie.

La plupart du temps la durée de l'affection est fort courte, si nous en exceptons les formes hypertoxiques et les croups, complication pouvant entraîner un séjour d'un mois au lit environ; dans les cas ordinaires, la durée du maintien à l'hôpital n'a été que d'une dizaine de jours, les symptômes généraux étaient même si peu importants que hors les trois premiers jours les malades pouvaient se lever et sortir, et ce n'était souvent pas sans peine que l'on pouvait s'opposer au départ de sujets encore porteurs de fausses membranes assez étendues, mais qui n'en ressentaient plus ni mal, ni gêne.

La terminaison a été heureusement la guérison pour 49 malades sur 54 : rien ne prouve mieux le peu de gravité de l'angine diphtérique pseudo-membraneuse de l'adulte.

Les cinq décès, les seuls d'ailleurs que nous ayons à signaler pour un total de 137 malades, peuvent être divisés en deux catégories : la première comprend les croups, trois sujets sont morts ainsi ; deux étaient porteurs de bacille de Loeffler en culture pure, le troisième qui présentait du bacille de Loeffler associé au streptocoque est mort non-seulement par diphtérie du larynx, mais aussi par hypertoxicité. Quant à l'autre catégorie, elle comprend deux malades morts par hypertoxicité, tous deux étaient porteurs de bacilles de Loeffler associés au streptocoque.

En parlant des complications, nous rappellerons ces cas, et nous verrons quelle part il faut faire aux associations microbiennes dans leur genèse et à quel degré il faut en tenir compte pour le pronostic :

Telle est la forme normale de la diphtérie chez l'adulte, tableau clinique bien dissemblable de celui qu'en faisait Trousseau, bien éloigné des affirmations décourageantes des auteurs modernes. Il y a loin de là à ces terribles épidémies décrites dans bien des rapports ; assurément il faut faire la part de l'atténuation grandissante du bacille de Loeffler pour le moment, mais il est hors de doute que en présence de faits aussi nombreux, il n'est pas de cir-

constance de conserver le pronostic si défavorable sur l'angine diphtérique de l'adulte.

Somme toute, cette forme pseudo-membraneuse diffère peu de celle de l'enfant, et si cet aspect clinique avait été le seul que nous ayons eu à constater, il ne suffirait pas à imprimer à la diphtérie de l'adulte une caractéristique. Mais à côté de ces 54 cas s'en présentent 83 autres à forme bien différente et bien capables de lui donner un cachet vraiment spécial.

Nous allons décrire successivement les différentes formes d'angine diphtérique sans fausses membranes.





CHAPITRE III

Historique des angines diphtériques sans fausses membranes.

Depuis quelques années, les auteurs qui ont écrit sur la diphtérie, après avoir longuement décrit l'angine diphtérique, après avoir insisté sur sa fausse membrane ont timidement ouvert un chapitre sur l'angine diphtérique sans fausse membrane. Récapitulant les observations éparses disséminées un peu partout, M. Boulloche (1) écrit : « Il faut se rappeler, qu'il existe des cas de diphtérie abortive dans lesquels une angine absolument identique à une amygdalite folliculaire a pu être suivie de croup ou donner lieu par contagion à des angines diphtériques vraies. On ne doit pas oublier que la diphtérie peut exister sans fausses membranes. »

Comme sur l'ensemble de nos 137 malades les

1. Boulloche, *loc. cit*

angines diphtériques sans faussés membranes ont été au nombre de 73 nous pensons que la place qui doit leur être faite dans une vue complète de la diphtérie de l'adulte doit être bien plus considérable, que celle accordée jusqu'à ce jour. Nous allons montrer d'ailleurs que cette forme a été souvent décrite et que par la quantité de cas déjà signalés elle mérite bien la place que nous revendiquons pour elle.

Comme il est naturel, quand il s'agit de diphtérie, c'est dans Trousseau (1) que nous trouvons consignés les premiers cas de ce genre :

Dans certaines épidémies on a vu des individus prendre des angines, qui par leurs caractères anatomiques, semblaient être des angines couenneuses communes, analogues à celles que produit l'herpès du pharynx, soit même des angines simples, bien qu'en réalité on eût affaire à des angines diphtériques, mais à des angines diphtériques singulièrement modifiées. Ce qui prouve l'identité de nature de ces différentes formes c'est que chacune d'elles, en se transmettant d'individu à individu, peut se manifester sous un aspect particulier; c'est que l'angine diphtérique modifiée par exemple, peut communiquer la diphtérie simple ou maligne, absolument comme la variole modifiée est susceptible de communiquer la variole discrète ou confluente et réciproquement.

1. Trousseau, *Cliniques*. I, page, 412-413.

Ainsi dans la séance de la Société médicale des Hôpitaux, le 25 août 1858, M. Alphonse Guérard a cité les faits suivants qu'il venait d'observer récemment dans une même famille dans l'espace de six semaines environ.

Un enfant succombe au croup laryngé ; deux angines érythémateuses se déclarent deux jours après chez deux jeunes filles qui reçurent les soins de notre regretté confrère Gillette, quelques jours plus tard, le père âgé de 45 ans, soigné par M. Guérard, prend une angine avec pseudo-membrane dans le pharynx. Enfin les deux autres enfants sont atteints, l'un d'une angine simple, l'autre d'une angine couenneuse.

Une observation analogue a été communiquée par M. le Dr Henri Roger au Dr Peter qui l'a consignée dans sa thèse inaugurale.

La petite G..., âgée de deux mois, est prise d'angine couenneuse le 17 mai, et elle succombe dans la journée du 22.

Dans la soirée du 21, la mère âgée de 22 ans, éprouve du malaise avec fièvre ; on constate l'existence d'une angine et 24 heures après, un point blanchâtre apparaît sur l'amygdale droite. Le lendemain on voit des fausses membranes sur les deux amygdales. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés et des crevasses du sein autour du mamelon se couvrent de concrétions pelliculaires. Les symptômes généraux et locaux s'aggravent les jours suivants ; enfin survient une amélioration lente et graduelle.

Les fausses membranes ont complètement disparu au commencement de juin ; cependant un abcès s'est formé dans l'amygdale droite. La guérison est complète le 11 juin.

La bonne de la petite fille âgée de 33 ans est atteinte d'une angine grave, mais non pseudo-membraneuse. La maladie dure 18 jours du 23 mai au 4 juin.

Le père de la petite G..., âgé de 35 ans, a une angine simple de moyenne intensité et qui a duré 4 jours, du 25 au 29 juin.

Le grand père et la grande-mère qui sont journellement venus voir leurs enfants, la grand-mère surtout qui les a soignés, prennent des angines simples et très bénignes. Une dame du voisinage, amie de la famille et qui était venue souvent les visiter, est atteinte de laryngite.

Ces observations de Trousseau sont absolument frappantes si l'on veut bien faire l'addition des cas, à fausses membranes, 5, et ceux sans fausses membranes, 8, c'est à peu près la proportion que nous obtenons ; c'est celle que l'on trouverait toujours si l'on pouvait suivre pas à pas la marche des épidémies de foyer. Il est possible à présent par l'examen bactériologique de toutes les angines d'arriver facilement aux mêmes constatations. Des résultats analogues avaient été obtenus aussi, grâce à la mise en lumière de nombreux cas d'angine simple suivis de paralysies.

Les Anglais et les Américains ont particulièrement insisté sur ces cas dans ces dernières années.

Mouillot (1) constate à Dublin le 12 décembre 1885 une épidémie de diphtérie qui frappe 24 enfants, sur ces 24 cas, dans 10 le pharynx présentait l'aspect d'une amygdalite folliculaire, il n'y avait aucune tendance à la formation de fausses membranes, les amygdales étaient augmentées de volume et les follicules étaient recouverts de la sécrétion jaunâtre habituelle.

Pas d'examen bactériologique.

Jacobi rappelle que surtout chez les adultes l'amygdalite folliculaire est fréquemment diphtérique.

Guthrie (2) signale un cas d'angine sans fausse membrane suivi de paralysie.

Szego (3) a parfaitement établi le polymorphisme de l'angine diphtérique. « On a remarqué la parenté entre l'angine folliculaire ou tonsillite folliculaire et l'angine diphtéritique, parenté confirmée par la bactériologie et se manifestant cliniquement sous forme de paralysies, de croup survenant après une angine en apparence simple.

Epidémie dans un pensionnat de jeunes filles.

Sur 105 élèves, 35 furent prises d'angine, et clini-

1 *On an Outbreak of diphtheria.* By. Albert Mouillot. M. B. Gorey, Dublin Medical Journal. 1887.

2. *On the occurrence of diphtheritic paralysis Without previous faucial affection,* par Léonard Guthrie. *Lancet*, 3 novembre 1894.

3. Szego. *Beitrag zur Polymorphie der Rachen diphterie* Jarbb. f. kinderheilk, 1892, XXXIV, p. 133.

quement on a pu les diviser en trois catégories :

1° Cas dans lesquels au premier examen de la gorge on trouvait déjà le tableau clinique de l'angine diphtérique à fausses membranes.

10 malades, 4 morts, deux cas de paralysie du voile.

Dans le même groupe, 10 autres cas où les exsudats avaient un aspect intermédiaire entre la fausse membrane vraie et le dépôt pultacé.

Ici également, paralysies tenaces et propagation du processus au pharynx et au naso-pharynx.

2° Cas qui débutèrent avec le tableau d'une tonsillite folliculaire pure (au nombre de 4) et qui peu à peu se transformèrent en angine diphtérique vraie, à fausses membranes typiques.

3° Cas qui débutèrent sous la forme d'une tonsillite folliculaire (au nombre de 9) et conservèrent ce type tout le temps de la maladie.

Cette observation est fort instructive, car réadditionnant les cas à fausses membranes 10 et ceux sans fausses membranes 13, laissant à part les cas intermédiaires que l'on peut également répartir de chaque côté, nous voyons dans ce cas encore la même proportion d'angine sans fausse membrane que nous avions déjà signalée et que nous avons trouvée aussi dans les exemples tirés de Trousseau.

Koplik (1) a signalé aussi ces formes : par une

1. *Forms of true diphtheria which simulate simple catarrhal angina*, par H. Koplik. *N. Y. Méd. Journ.*, 1892, 27 août, p. 225.

série d'observations, dont aucune il est vrai ne comprend d'adultes, il montre que les cultures révèlent l'existence du bacille de Loeffler dans des angines en apparence simples, catarrhales ou folliculaires, inflammatoires ou pultacées, tandis que dans d'autres cas où l'angine revêtait la forme précédente, soit la forme à fausses membranes, à la place du bacille de Loeffler on trouve, soit des streptocoques, soit des bacilles pseudo-diphtériques. Et pourtant cliniquement il est impossible de dire dans quelle angine on trouvera le bacille de Loeffler et dans laquelle il sera remplacé par le streptocoque.

L'auteur conclut de ses recherches qu'il existe des angines diphtériques qui, tout en évoluant sans produire de fausses membranes, contiennent à chaque moment de leur évolution le bacille de Loeffler et ressemblent cliniquement à des angines simples.

M^r Bonnier dans sa thèse, cite d'autres cas absolument analogues au tableau précédent empruntés à Feer (1), à Escherisch, à Hoffmann (2), à Concetti (3).

Le D^r Martin (4) cite deux observations du même genre : «

1. Feer. *Eehle diphtérie ohne membran. bild unten dem Bilde dereinfachen catarralischen angina* Corr. bl. f. Schweitz-Aerzte, Basel, 1893.

2. Hoffmann. *Wiener med. Wochenschrift*, 1888.

3. Concetti. *Studi clinici e ricerche sperimentali sulla diphterite*. Roma, 1894.

4. Martin. Examen clinique et bactériologique de 200 enfants entrés au pavillon de la diphtérie, à l'hôpital des Enfants-Malades, mai 1892.

N° 95. — Un enfant de 8 ans, qui ne présentait au 15 décembre qu'un point blanc sur l'amygdale gauche, fut cependantensemencé, c'était des colonies diphtériques.

N° 181. — Identique. »

Et il ajoute : dans les cas de croup sans fausses membranes dans la gorge l'ensemencement sur sérum du mucus pharyngien, permet souvent de déceler en quelques heures la présence du bacille diphtérique et d'assurer le diagnostic qui serait hésitant sous l'examen bactériologique.

Plus récemment encore, MM. Chaillou et Martin (1) écrivent :

« Rappelons que plusieurs auteurs ont rencontré des angines sans fausses membranes dans lesquelles ils ont trouvé le bacille diphtérique. »

Nous ne saurions trop multiplier ces citations, car nous voudrions que la conviction s'en dégage, que cette forme encore réputée exceptionnelle est vulgaire.

M. Boulloche (2) écrit :

« Nous avons eu l'occasion d'observer deux cas d'angine sans fausses membranes, avec exsudat épithélial où l'ensemencement sur sérum a donné lieu au développement de très nombreuses colonies de bacilles de Loeffler virulentes. »

M. Fossaty a fait de deux observations analogues, le sujet de sa thèse parue au mois de juillet 1895.

1. Chaillon et Martin. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1894.

2. Boulloche *Les angines à fausses membranes*.

M. Percepied (1), du Mont-Dore, cite deux observations analogues :

« Dans le premier cas, il s'agit d'une enfant de 11 ans, atteinte d'hypertrophie des amygdales et qui, sur le conseil d'un médecin des environs, se présentait pour qu'on les lui enlevât. En suivant leur histoire pathologique, on apprend que six semaines auparavant, elle a eu une angine s'accompagnant de points blancs, la durée a été courte ; l'enfant n'a été vue qu'une fois par le médecin. Mais, en même temps, il y avait autour de son habitation une épidémie d'angine couenneuse, et dit la mère, un enfant serait mort de diphtérie dans une maison voisine, ayant une cour commune avec celle habitée par la petite malade. »

Il n'y avait, au moment de l'examen, absolument rien qui put faire soupçonner que cette enfant eut été atteinte d'angine ; néanmoins on fit un ensemencement de la salive sur des tubes de sérum qui donnèrent le lendemain des colonies dans lesquelles le Dr Nicolle retrouva le bacille de Loeffler à l'état pur. Il faut remarquer que la salive de l'enfant a été ensemencée six semaines après la guérison de l'angine.

La seconde observation est celle d'une jeune fille de 17 ans, habitant Rouen. Elle était sujette à des amygdalites répétées et son médecin lui avait conseillé de se faire enlever les amygdales ; il lui avait

1. Percepied. *In Médecine Moderne*, 9 octobre 1895.

même fait l'ablation de l'amygdale gauche, il y a un an. Elle vient demander l'ablation de la seconde, parce que depuis deux ou trois jours elle souffre du mal de gorge, surtout du côté droit. Il n'y a pas de fièvre, l'appétit est conservé, le faciès est bon. On trouve un peu d'empâtement du côté de l'angle de la mâchoire à droite, mais il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire proprement dit. L'amygdale est grosse, rouge, de place en place on trouve des points blancs qui rappellent l'aspect de l'amygdalite folliculaire, et on s'arrête à ce diagnostic. On fait néanmoins un ensemencement sur sérum. Le lendemain on avait des colonies pures du bacille de Lœffler.

L'angine évolue assez rapidement, 8 jours après on ne trouvait plus de traces blanchâtres, mais il y eut cette particularité qu'il se forma un abcès dans le moignon de l'amygdale gauche. Le 28 janvier 1895, tout était en très bon état, même l'abcès. »

Ce long historique n'aura pas été inutile, car il comporte des réflexions et des conclusions importantes.

Aussi loin que remonte l'observation méthodiquement conduite, on voit des cas d'angine diphtérique sans fausses membranes. Trousseau et beaucoup d'autres auteurs établissent la véracité d'une telle observation par des exemples de contagion ou par des paralysies consécutives.

Depuis que la bactériologie est devenue un acces-

soire de la clinique, les observations se sont multipliées de tous les côtés.

Une nouvelle phase s'est ouverte du jour même où l'on a fait les recherches bactériologiques, systématiquement dans tous les cas d'angine; ce mode qui a été le nôtre permet de fixer sur un grand nombre d'examins l'aspect ou mieux, les aspects cliniques de ces variétés, et surtout d'en montrer la fréquence, et comme conséquence dernière d'apporter un changement total dans le pronostic.

Les 73 cas observés peuvent se diviser en cinq variétés que nous allons étudier successivement :

1° L'amygdalite folliculaire	46 cas
2° L'angine herpétique	3 cas
3° L'angine pultacée	9 cas
4° L'angine aiguë	13 cas
5° L'angine phlegmoneuse.	2 cas





CHAPITRE IV

Forme : Amygdalite folliculaire.

L'âge, le sexe, la profession ne présentaient chez nos malades aucune particularité digne d'être notée, on peut d'ailleurs pour les points que nous passons sous silence s'en rapporter à la description faite au chapitre II.

Parmi les causes prédisposantes il est cependant un point à noter, c'est l'hypertrophie des amygdales, que l'on voit souvent signalée, c'est aussi les amygdalites à répétition. Nul doute que cette moindre résistance de l'amygdale ne favorise l'inoculation du bacille de Lœffler.

Comme il arrive toujours, pour la clientèle hospitalière, il a été difficile de retrouver les agents du contagion ; nous citerons cependant le malade 17. Cet homme de 48 ans, employé, était en traitement à l'hôpital Tenon pour une affection qui n'était assu-

rément ni diphtérique, ni pharyngée, et sur laquelle nous n'avons pu avoir de renseignements. Guéri, il était sorti de cet hôpital quand ayant mal à la gorge il est venu à la consultation des maladies du larynx à Lariboisière. Ses deux amygdales étaient couvertes de petits points blancs-jaunâtres, tels qu'on les voit dans l'amygdalite folliculaire. Les colonies que l'on obtint par culture étaient des colonies de bacille de Lœffler à l'état pur.

Où s'était-il contagionné ? à l'hôpital Tenon ; dans la salle qu'il venait de quitter régnait une épidémie de diphtérie qui fut assez grave d'ailleurs.

Deux autres observations méritent d'être signalées (74 et 75).

OBS. 74. — La femme A. D..., âgée de 35 ans, giletière, vit dans une pièce unique avec son mari et ses enfants, l'un de ceux-ci a eu (deux mois avant l'entrée de la mère à l'hôpital) une angine diphtérique à la suite de laquelle une désinfection complète de la chambre d'habitation a eu lieu. Et cependant depuis un mois, la mère se plaint d'une amygdalite, elle a aussi mal aux dents, des douleurs dans les oreilles, à l'examen les amygdales sont plus rouges que de coutume et l'on remarque quelques points blancs qui ne persistent d'ailleurs que les deux premiers jours. L'examen bactériologique donne : diphtérie et streptocoque.

OBS. 75. — Par précaution on fait venir sa fille âgée de 12 ans qui depuis quelques jours est sans appétit. On constate à l'examen sur le pilier antérieur droit une ulcération nettement diphtérique, ainsi que sur la paroi postérieure du pharynx. Il y a

en même temps des deux côtés de l'amygdalite folliculaire. A l'examen bactériologique on trouve au bacille de Loeffler à l'état de pureté. Et cependant il n'y a ni fièvre ni aucun symptôme de maladie, pas même de douleur, sauf la perte d'appétit.

Ces trois observations que nous avons rappelées pour mettre en lumière qu'il y a bien eu un contagé par des individus porteurs d'angine diphtériques bien évidente donnent un autre renseignement : c'est leur début, il est insidieux, sans fièvre ou presque sans fièvre, 37°,4 Obs. 17. — 37°,9 Obs. 74. — 38°,8 Obs. 75. Quelques maux de tête, de l'inappétence, il ne faut pas croire cependant qu'il en soit toujours ainsi, en règle générale le début est presque identique à celui de l'angine à fausse membrane : céphalalgie intense, dysphagie, ascension thermique brusque allant à 39°.

La période d'état ne présente de caractéristique que l'aspect de la gorge : le plus souvent on constate de la tuméfaction de l'une des deux amygdales, elle est rouge, tendue, gonflée, extrêmement hypertrophiée, rejetée en avant de la luette en repoussant celle-ci au-devant d'elle. Celle-ci en effet participe au gonflement, qui s'étend de l'amygdale à la luette. Non seulement il y a changement dans le volume et les relations anatomiques des organes, mais la muqueuse est rouge, tendue, parfois vernissée, rougeur qui ne couvre pas seulement l'amygdale malade, mais aussi la luette. Si l'on examine cette inflammation d'une façon précoce, c'est à peine si on consta-

tera un point blanc ou deux sur l'amygdale atteinte, mais les jours suivants on voit les cryptes comblées de dépôts pultacés jaunâtres ou verdâtres, parfois les deux amygdales prises et gonflées s'accolent par leur bord interne.

L'adénopathie est rare, elle ne s'est montrée que six fois, et toujours quand le bacille de Lœffler était associé au streptocoque. Koplick écrit à ce sujet :

« Le gonflement ganglionnaire peut être absent dans les cas bénins quoique dans quelques-uns de ces cas on ait vu un gonflement unilatéral accompagner la diphtérie; le gonflement ganglionnaire unilatéral est particulier à la diphtérie bien que je l'ai très souvent vu dans des cas non diphtériques. »

A la vérité toutes les fois que nous le constatâmes il était unilatéral.

Les signes fonctionnels étaient ceux d'une angine à fausse membrane un peu atténués cependant.

Pour l'albuminurie nos conclusions sont les mêmes que celles de Koplik !

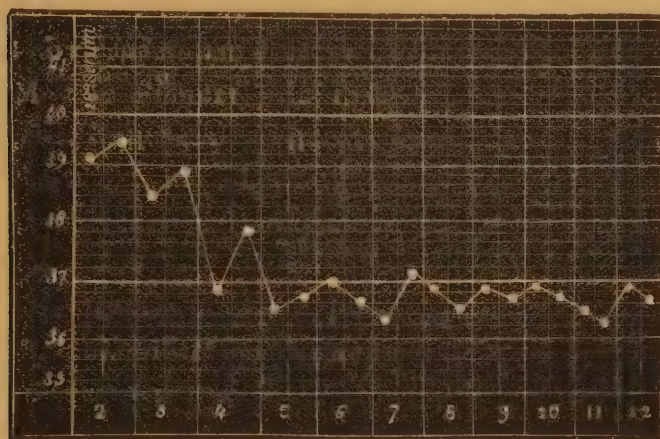
« L'albumine peut exister ou ne pas exister et cela aussi bien dans l'angine à streptocoque que dans l'angine diphtérique ». Elle ne s'est montrée que cinq fois et a été peu persistante.

Quelles furent les variétés microbiennes ?

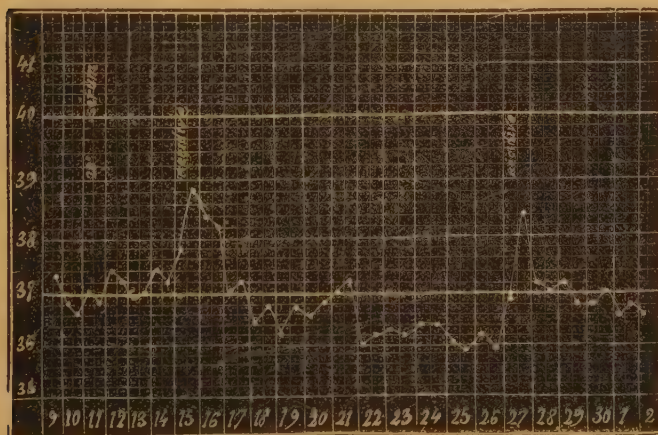
Dans 22 cas, on eut de la diphtérie pure, dans 24 du bacille de Lœffler associé au streptocoque, dans un cas associé au coccus Brison.

La fièvre est analogue à celle dont nous avons

donné le type au chapitre II. Nous reproduisons la courbe thermique de l'observation 27 pour qu'on puisse la comparer.



Nous donnons aussi la courbe de l'observation 37, car celle-ci, malade âgée de 19 ans, atteinte d'une amygdalite folliculaire de l'amygdale gauche (diphtérie pure) eut deux récidives, parfaitement rendues apparentes par la feuille de température.



La marche de cette affection a été en moyenne fort courte, la guérison avait lieu du sixième au quinzième jour — tous les malades ont guéri — un certain nombre ont vu leur affection évoluer et devenir pseudo-membraneuse sans que pour cela leur état général s'en soit trouvé aggravé. Une seule malade (Obs. 6) a présenté une complication sérieuse, elle a eu un croup dont les symptômes assez graves dès le début se sont améliorés en moins de six jours de telle sorte qu'elle était complètement guérie après un séjour de 8 jours.





CHAPITRE V

Forme : Angine herpétique.

M. Peter a défini l'angine herpétique « une inflammation vésiculeuse de l'arrière-gorge donnant ultérieurement naissance à de petits disques pseudo-membraneux, confluents ou discrets » c'est dire qu'il faut lui considérer deux périodes distinctes, une première vésiculeuse, une deuxième membraneuse.

Etudiée par Bretonneau et Trousseau sous le nom d'angine couenneuse commune, par Gubler sous le nom d'angine herpétique, il est acquis, conclut M. le professeur Dieulafoy « que la caractéristique de cette angine, sa signature anatomique et clinique, c'est la présence de vésicules d'herpès sur la muqueuse de la gorge ».

Bretonneau, dans le *Traité de la diphthérie* signale la coexistence de l'herpès et l'apparition des fausses membranes: « Souvent l'herpès labialis de Willan

se montre au pourtour de la bouche ou à l'orifice des narines, en même temps que l'érosion couenneuse occupe la surface de l'une des amygdales ».

Mais Bretonneau ne voit pas cette affection comme différente de la diphtérie ; sa conception considérée jusqu'en ces derniers temps comme erronée va de nouveau se trouver justifiée par les observations récentes basées sur l'examen bactériologique.

Si l'on veut avoir la description la plus complète de l'angine herpétique c'est à Gubler qu'il faut l'emprunter.

Le début est brusque et violent — de grands frissons, une fièvre élevée, environ 40°, de la céphalalgie, de la courbature, telle est l'entrée en scène de cette affection ; puis après quelques heures, la dysphagie apparaît accompagnée de douleurs.

A l'examen de la gorge, on constate du gonflement des amygdales, une rougeur diffuse du voile du palais et du pharynx : enfin l'on aperçoit des vésicules d'herpès, claires et transparentes, petites saillies comparées à des sudamina et se localisant aussi bien sur le voile du palais que sur les amygdales et le pharynx.

A cette première période en succède une seconde où les vésicules sont couvertes d'un exsudat blanchâtre abondant, assez souvent même au lieu d'un simple enduit pultacé on se trouve en présence d'une couenne, véritable membrane.

Un tel tableau clinique, une telle marche, permet-

tent de porter le diagnostic d'origine herpétique, le diagnostic est d'autant facilité quand des vésicules d'herpès se montrent en d'autres régions du corps, lèvres, orifice nasal, conjonctive, prépuce, vulve.

« Il est certain, écrit M. le professeur Dieulafoy, qu'en pareille circonstance, et en face d'un malade qui présente une angine aiguë véhémente, fébrile, douloureuse, accompagnée de fausses membranes, alors même que ces membranes simuleraient la diphtérie, il est certain, que, si le malade en question présente en même temps des poussées d'herpès aux amygdales, au voile du palais, au pharynx, avec poussées d'herpès au visage, on se croit renseigné sur la nature du mal, on fait le diagnostic d'angine herpétique ou d'angine couenneuse commune, et on éloigne toute idée de diphtérie. Telles sont du moins les notions généralement admises, celles que l'expérience semblent avoir consacrées. »

Ce sont en effet les idées que l'on trouve développées dans tous les auteurs, et si quelques cas exceptionnels avaient été signalés, en contradiction avec cet antagonisme de l'origine herpétique et de l'origine diphtérique, aucun fait vraiment concluant n'avait entraîné la conviction des cliniciens. C'est dans Trousseau, dans ses cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, qu'il faut aller puiser ces documents depuis si longtemps mis en réserve, et que faute d'une utilisation meilleure on se contentait de regarder

comme une bizarrerie exceptionnelle et douteuse.

« L'angine couenneuse, commune, écrivait Trousseau, peut devenir le point de départ d'une angine de mauvaise nature... Ce qui caractérisait les épidémies de l'année 1858 c'était la concomitance des affections couenneuses communes et des angines diphtériques.

Avant l'invasion de celles-ci, on constatait dans beaucoup de pays une prédisposition marquée aux angines bénignes et ces angines bénignes, quoique réduites aux proportions du simple herpès du pharynx, n'avaient pas toujours les allures régulières qu'elles affectent habituellement. D'autres fois, l'affection couenneuse dégénérait sur place, le médecin devait se demander avec inquiétude s'il était autorisé à maintenir un pronostic favorable... Non seulement on voyait l'une des deux affections régner après l'autre, mais dans chaque épidémie partielle on reconnaissait la présence des deux formes pathologiques associées plus ou moins étroitement... les D^{rs} signalent chacun de leur côté et la fréquence des angines simples de l'adulte et la transformation de l'éruption herpétique en plaques diphtériques caractérisées, accomplissant plus tard leur évolution fatale. »

En résumé l'angine herpétique est-elle capable de devenir secondairement diphtérique, peut-elle aussi être diphtérique d'emblée ?

C'est le problème que M. le professeur Dieulafoy a posé à la séance du 11 juin 1895 de l'Académie de

Médecine, nous allons montrer comment il l'a résolu.

« La présence de l'herpès qui semblait devoir être un gage d'angine non diphtérique, cette éruption ne sert qu'à nous donner le change, elle nous inspire une sécurité trompeuse. En effet, les éruptions herpétiques s'associent assez souvent à la nature diphtéritique de l'angine », et à l'appui de ces considérations, voici une des observations d'angine avec herpès signalées par M. le professeur Dieulafoy, chez l'adulte.

Le 3 avril de cette année, entrant à l'hôpital Necker, salle Trousseau, lit n° 25, un homme de 52 ans, atteint d'une violente angine herpétique. L'angine avait débuté brusquement le 29 mars au matin. La dysphagie n'avait pas été le seul symptôme, une céphalalgie violente, avec courbature générale, l'avait accompagnée.

Le lundi 1^{er} avril, éclatent les frissons et la fièvre, les autres symptômes s'accroissent; en même temps apparaît du coryza avec épistaxis légère.

Le 3 avril. — Le malade entre à l'hôpital, le soir la température axillaire atteint 39°,4. A l'inspection de la gorge, on constate une rougeur diffuse sur le voile du palais et une tuméfaction notable des amygdales.

Ce même jour (6^e de la maladie), on remarque sur le voile du palais quelques vésicules d'herpès très nettes, et irrégulièrement disposées. Un semis de vésicules d'herpès existe également sur les lèvres et sur la commissure labiale du côté droit. Les ganglions maxillaires sont modérément engorgés. On porte, tout naturellement, le diagnostic d'angine herpétique.

Le surlendemain, 5 avril, un dépôt pultacé est apparu sur l'amygdale droite. Ce dépôt, ensemencé sur sérum et sur gélose, permet de reconnaître, en grand nombre, des staphylocoques, au milieu desquels apparaissent quelques bacilles diphtériques. Cette constatation bactériologique donne singulièrement à réfléchir sur le diagnostic préalablement porté, et le lendemain 6 avril, la diphtérie nasale cliniquement ébauchée quelques jours avant, par une légère épistaxis et du coryza, cette diphtérie nasale entre franchement en scène, le malade est pris de jetage, d'épistaxis, et il rend par le nez quelques fausses membranes. De plus, les piliers du voile du palais et la luette se recouvrent de quelques plaques membraneuses diphtériques.

La culture sur sérum pratiquée ce jour-là démontra que les staphylocoques qui étaient très abondants au premier examen sont actuellement fort rares, tandis que les bacilles de Loeffler, très rares au premier examen, sont maintenant très nombreux. Le vrai diagnostic est donc le suivant : angine diphtérique associée au staphylocoque et à forme herpétique.

Je fis pratiquer ce même jour une injection de 20 centimètres cubes de sérum.

Le 7 avril. — L'état général du malade devient mauvais, la température remonte, le visage est pâle et bouffi. L'engorgement ganglionnaire s'accroît. Le jetage est toujours accompagné de l'expulsion de fausses membranes épaisses et sanguinolentes. Les membranes du pharynx sont assez discrètes et réparties sur la luette et les piliers.

L'herpès labial et l'herpès commissural n'ont pas encore disparu, les vésicules herpétiques sont flétries, desséchées et recouvertes d'une croûte épaisse.

Nouvelle injection de sérum de 10 centimètres cubes.

Le 9 avril. — La dysphagie est toujours très marquée, les membranes persistent dans la gorge. Le malade expulse toujours

par le nez des fausses membranes sanguinolentes accompagnées de légères épistaxis. La température tend à baisser.

Le 10 avril. — Injection de 10 centimètres cubes de sérum.

Le 11 avril. — Injection de 20 centimètres cubes de sérum.

A dater de ce moment, l'amélioration est lentement progressive. Le malade continue à rejeter par le nez quelques fausses membranes.

Le jetage cesse complètement le 14 avril.

Depuis la veille, les fausses membranes du pharynx se détachent et disparaissent. La fièvre tombe, l'appétit revient, l'état général s'améliore lentement.

Le 16 avril. — La paralysie du voile du palais se déclare. La voix est nasonnée, les liquides déglutis repassent en partie par le nez. Le constricteur du pharynx est également paralysé; pour pouvoir s'alimenter le malade doit prendre les plus grandes précautions; encore même des parcelles alimentaires s'engagent-elles fréquemment dans les fosses nasales et dans l'orifice laryngé.

La paralysie du voile du palais et du pharynx ne commence à diminuer qu'après cinq ou six jours. Mais à cette époque apparaissent de nouveaux symptômes. Aux membres inférieurs, douleurs, faiblesse, et en fin de compte, parésie faisant place à une véritable paraplégie. C'est à peine si le malade peut mouvoir ses jambes dans son lit. Les réflexes sont presque abolis.

Les membres supérieurs sont légèrement touchés. Le dynamomètre accuse l'existence et les progrès de la parésie.

Le bacille diphtérique, qui avait persisté jusque-là dans la gorge et dans le nez, a actuellement disparu.

Le 27 mai et les jours suivants, le malade a de la parésie de la vessie, il faut le sonder. Cette rétention disparaît au bout de quelques jours.

Des troubles visuels caractérisés par un peu de diplopie disparaissent rapidement.

Le 29 mai. — Le malade est toujours paraplégique, il n'accuse que depuis deux jours une légère amélioration.

La paralysie du voile du palais a presque disparu, cependant les fonctions de la déglutition ne sont pas entièrement retrouvées.

Le malade avale encore de travers quelquefois, et rejette certains aliments par le nez.

Enfin l'état général est encore mauvais.

Le malade est toujours très pâle et la numération de ses globules permet de constater une diminution notable des globules rouges, 3,100,000 ; globules blancs, 240,000.

Il est évident que l'angine de ce malade avait cliniquement au début tous les attributs de l'angine herpétique, et ce n'est que grâce à l'examen bactériologique qu'on a pu affirmer la nature diphtérique de cette angine, nature diphtérique confirmée du reste quelques jours plus tard par la paralysie tenace et généralisée dont le malade n'est pas encore débarrassé à l'heure actuelle.

A l'appui de cette communication, M. Kelsch a fait part de l'examen bactériologique qu'il avait pratiqué dans un cas d'angine dite herpétique et l'examen bactériologique lui avait révélé la présence du bacille de la diphtérie associé au pneumocoque.

Deux autres cas ont été signalés aussi par M. Albert Robin (1) :

« Un individu de trente-cinq ans, ayant une angine avec de nombreuses vésicules d'herpès, est considéré comme atteint d'angine herpétique typique. Le troisième jour, les vésicules d'herpès ont disparu, mais il est resté une fausse membrane entourée d'une

1. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, n° 29, 1895.

aréole dans laquelle on décèle le bacille de Loeffler.

Une dame présente des vésicules d'herpès autour des lèvres et une angine sans vésicules. Elle guérit facilement, mais quelques jours après, elle a une paralysie du moteur oculaire commun ».

A ces cas il convient de joindre celui de Gubler où il est dit que la paralysie fut consécutive à une angine herpétique.

Il convient de rappeler après tous ces exemples, que nous avons observé trois cas d'angine diphtérique avec herpès. Les deux premiers ont déjà été communiqués par M. le professeur Dieulafoy aux séances du 11 juin et du 2 juillet 1895 de l'Académie de Médecine : nous allons les rappeler ici :

OBS. 33. — Marie G..., âgée de dix-huit ans, entre le 6 avril 1895 à l'hôpital de Lariboisière, au pavillon Davaine.

Depuis environ quatre à cinq jours, cette malade accuse un état fébrile assez marqué, avec douleurs de tête, dysphagie, nausées, inappétence. En résumé, elle vient pour une angine aiguë.

Le 6 avril. — En examinant la malade, on constate une rougeur généralisée du pharynx, des amygdales. Sur les deux amygdales existent quelques groupes de vésicules herpétiques. Entre les vésicules et entre les groupes de vésicules, on constate l'existence de fausses membranes blanchâtres peu adhérentes.

La malade ouvre très difficilement la bouche et ne peut rien avaler tant la douleur provoquée par la déglutition est vive.

Outre cet aspect de la gorge de l'isthme du gosier, on aperçoit

sur les lèvres et aux commissures plusieurs vésicules d'herpès très manifestes.

Aucun engorgement ganglionnaire.

La fièvre est élevée à 40 degrés.

Albumine dans les urines. Au premier aspect et au point de vue purement clinique, le diagnostic d'angine herpétique s'imposait.

Un tube de sérum estensemencé avec des parcelles prises sur les fausses membranes amygdaliennes, et mis à l'étuve le soir même de l'entrée de la malade.

7 avril. — Température toujours élevée, 39,5 le matin, 39,8 le soir.

Même céphalée, même dysphagie.

A l'examen de la gorge, les vésicules herpétiques ne sont plus visibles, recouvertes qu'elles sont par des fausses membranes plus jaunâtres qu'hier, mais toujours peu épaisses, peu adhérentes et ne ressemblant nullement à la fausse membrane diphtérique. Cependant, le tube de sérum présente une culture pure de bacilles diphtériques.

Aucune association microbienne à l'examen bactériologique. On fait aussitôt une injection de sérum de 10 centimètres cubes.

Le 8 avril. — Même état qu'hier. Même température entre 39,5 le matin ; 39,9 le soir.

Le 9 avril. — La température a baissé, 38,4 le matin ; 38, le soir. La malade se sent mieux, les fausses membranes se détachent.

Le 10 avril. — La fièvre est tombée, les fausses membranes ont disparu. La malade peut manger.

Le 11 avril. — L'albumine a disparu.

Le 16 avril. — Pas de paralysie. La malade demande à sortir.



OBS. Une jeune femme de vingt-deux ans entre à l'hôpital avec une forte fièvre, un mal de tête violent et une douleur des plus vives à la déglutition. A l'examen de la gorge, on constate à la paroi postérieure du pharynx des fausses membranes jaunâtres, épaisses, qui recouvrent uniformément la muqueuse. Mais ce qui attire surtout l'attention, ce sont des vésicules d'herpès confluentes sur l'amygdale droite, sur le voile du palais, et des groupes de vésicules d'herpès sur les lèvres. Le diagnostic d'angine herpétique semblait donc s'imposer. Mais on fait unensemencement dès l'entrée de la malade, et l'examen bactériologique révèle la présence des bacilles de la diphtérie associés au streptocoque. La langue devient très rouge, les membranes palatopharyngées s'étendent sur l'emplacement des vésicules d'herpès et une éruption scarlatineuse apparaît. Je n'insiste pas sur l'évolution de cette scarlatine qui fut classique dans ses autres périodes, mais il faut avouer qu'elle fut singulièrement anormale à son début, car nous savons, d'une part, que l'herpès est chose rare au début de la fièvre rouge, et nous savons, d'autre part, la bactériologie nous a appris, que les angines diphtériques de la scarlatine n'apparais-

sent qu'à titre d'angine secondaire ou tardive et se montre rarement à titre d'angine précoce et primitive.

Nous avons eu l'occasion d'en observer une troisième qui bien que moins marquée que les deux premières est tout aussi démonstrative.

OBS. 109 — Cette malade, âgée de 27 ans, avait été soignée en ville les jours précédents pour une angine herpétique. A son entrée au pavillon, des fausses-membranes recouvraient les amygdales, mais deux vésicules d'herpès se montraient sur le voile du palais. Elle a eu de l'albumine dans ses urines. Huit jours après son entrée apparurent des vésicules sur les lèvres et à l'orifice des narines. L'examen bactériologique donne bacille de Læffler et streptocoques.

L'exposition de ces cas nous amène à dire comme M. le professeur Dieulafoy.

« Que devient donc maintenant la description classique et le diagnostic clinique de l'origine herpétique? La brusquerie du début, l'élévation de la fièvre, l'intensité des symptômes généraux, la douleur vive de la gorge, l'apparition de vésicules d'herpès aux amygdales, au voile du palais, aux lèvres, tout cela formait un faisceau de symptômes sur lesquels on croyait pouvoir baser, d'une façon certaine, le diagnostic de l'origine herpétique. Et dans le diagnostic différentiel avec l'origine diphtérique, on avait bien soin, dans les descriptions classiques, d'accentuer la différence qui existe entre la violence inflammatoire de l'angine herpétique et l'apparition

plus timide, insidieuse, moins phlegmasique, moins douloureuse de l'angine diphtérique.

Eh bien, encore une illusion qu'il faut abandonner ! Il suffit de se reporter aux observations. pour voir que l'angine diphtérique avec herpès peut revêtir des allures aussi brusques, aussi inflammatoires, aussi violentes que l'origine dite herpétique la plus classique. »

« Je propose donc de démembrer l'angine dite herpétique, telle que nous l'avaient léguée nos prédécesseurs. Cette angine ne doit plus occuper, dans le cadre nosologique la place quasi-intangible qu'elle y occupait. Il faut qu'elle subisse à son tour le sort de toutes les angines. A supposer qu'on veuille conserver encore l'existence d'une angine herpétique dans le sens ancien du mot, il faut bien savoir actuellement qu'il y a moins une angine herpétique que des angines avec herpès. Il y a des angines streptococciques avec herpès, staphylococciques avec herpès, pneumococciques avec herpès, et ce qui nous intéresse le plus il y a des angines diphtériques avec herpès et je reviens, en guise de conclusion, à la fameuse phrase de Trousseau qu'on avait trop oubliée : « La diphtérie mortelle débute souvent sous la forme d'une angine herpétique ».

Nous n'avons pas résisté à citer presque complètement la communication de M. le professeur Dieulafoy, mais ces points de vue nouveaux ne pouvaient être mieux exposés que par celui qui les a fait naître et qui les a expliqués d'une façon si

lucide et si magistrale dès qu'il a eu la conception de cet aspect vraiment moderne de la question.

On doit donc admettre désormais l'existence d'une angine diphtérique à forme herpétique, c'est une nouvelle variété, dont la connaissance n'est pas négligeable. Si les cas n'en semblent pas particulièrement redoutables, le diagnostic s'en impose néanmoins, car ce serait ignorer des individus contagieux, c'est-à-dire capables de donner à d'autres une affection mortelle, si même elle ne l'est pas pour eux-mêmes.

Et quelle meilleure conclusion à ce chapitre que d'évoquer le cas de Gillete. Ce médecin des enfants se croyait atteint d'angine herpétique et cette angine déroulait classiquement sa marche, début brusque, symptômes inflammatoires violents, douleur vive, et cependant malgré la violence de son angine dont il se félicitait, c'était bien une angine diphtérique qui le tuait en quelques jours.





CHAPITRE VI

Forme : angine pultacée.

Les observations que nous avons recueillies présentant une variété diphtérique d'angine pultacée n'ont pas un cachet d'ensemble bien précisé.

Elles se caractérisent par la présence de plaques formées par de larges taches d'un blanc crémeux, sans consistance, faciles à détacher, leur siège a été tant sur les amygdales, que sur le voile du palais, que sur la paroi postérieure du pharynx.

Le début de cette variété a été plus éloigné de l'entrée à l'hôpital, que dans les autres variétés, le plus souvent la maladie avait déjà commencé depuis cinq ou six jours. A l'entrée quatre d'entre eux ne présentaient pas de fièvre, mais tous accusaient une douleur excessive, une gêne presque complète de la déglutition ; la céphalalgie était plus intense, et pour trois d'entre eux il y eut des douleurs irradiées

vers l'oreille, pour une du mal de dents. La perte de l'appétit était complète.

Sans vouloir charger le tableau de cette angine pultacée, il faut cependant dire qu'elle a été plus grave que pour les autres variétés, la moyenne des journées passées à l'hôpital a été de dix-neuf jours; deux de ces malades sont restés plus de quarante jours, un troisième vingt-sept jours, etc., trois ont eu de l'albumine, et l'un deux a vu une scarlatine venir secondairement et compliquer son angine.

Trois de nos malades ont eu des vésicules d'herpès au moment de leur amélioration et peut-être est-il permis de se demander si ces angines pultacées n'étaient pas des angines herpétiques modifiées à bacille de Loeffler et telles que nous en avons cité des cas au chapitre V.

En tout cas, on a trouvé six fois le bacille de Loeffler à l'état de pureté, deux fois associé au streptocoque et une fois associé au streptocoque et au coccus Brison.





CHAPITRE VII

Forme : angine aiguë.

Nous avons réuni sous cette étiquette 13 cas d'angine diphtérique dans lesquels nous n'avons constaté aucune des lésions, aucun des exsudats précédemment décrits ; ici sauf la coloration, la gorge est nette.

Comme dans les variétés précédentes, nous nous sommes trouvé en présence de deux débuts différents, dans huit observations les signes d'inflammation ont été peu marqués, quelques douleurs à la déglutition, une sensation de sécheresse et de constriction de la gorge, pas de fièvre.

Mais dans les six autres la marche initiale a été différente, par exemple la malade J. L. (Obs. 69), domestique, âgée de 20 ans, a eu mal à la gorge pendant plus de huit jours, elle se décide à venir consulter à l'hôpital et à ce moment elle a une dyspha-

gie complète, un mal de tête violent. La température atteint le soir 39°,5 pour retomber, il est vrai, le lendemain à 38°.

A l'examen, tout le voile du palais, la luette, les amygdales sont rouges, vernissées, il n'y a pas d'œdème, pas de gonflement et nul autre signe. L'examen bactériologique montra du bacille de Loeffler associé au streptocoque.

A la période d'état, nulle part on ne trouve trace de fausse membrane ou d'exsudat, il y a une coloration plus ou moins violacée, plus ou moins vive, pouvant dans certains cas prendre une teinte absolument carminée.

L'adénopathie toujours rare n'a été constatée qu'une fois ; l'albumine a été trouvée une fois et n'a persisté que quelques jours.

La marche de la fièvre (hors les huit cas apyrétiques) a été analogue à celle des autres variétés.

Malgré la bénignité de cette forme, il faut signaler une complication du côté du larynx chez une malade qui a d'ailleurs bien guéri.

La durée moyenne du séjour à l'hôpital a été de 11 jours. Huit fois on a trouvé le bacille de Loeffler seul, cinq fois associé au streptocoque.





CHAPITRE VIII

Forme : angine phlegmoneuse.

A la fin de l'historique (Chap. III) nous avons vu que dans une observation du D^r Percepied, un abcès de l'amygdale avait été déterminé par une amygdalite folliculaire à bacille de Loeffler en culture pure.

M. Morel a rapporté deux cas de suppuration ganglionnaire au cours d'une angine diphtérique toxique. D'après ses recherches, la nécrose ganglionnaire n'est pas due au processus diphtérique, mais bien à l'infection secondaire par le streptocoque.

Mme Bonnier, dans sa thèse, dit de son côté :

« Nous pensons que la suppuration ganglionnaire est un fait très rare dans l'angine diphtérique, quand elle existe elle est toujours due à l'infection secondaire, et jamais on n'a vu de suppuration provoquée par le bacille Klebs-Loeffler.

A ces recherches de Morel, à ces affirmations de Mme Bonnier, qu'il nous soit permis d'opposer

1. Morel. *Contribution à l'étude de la diphtérie*. Thèse de Paris, 1891.

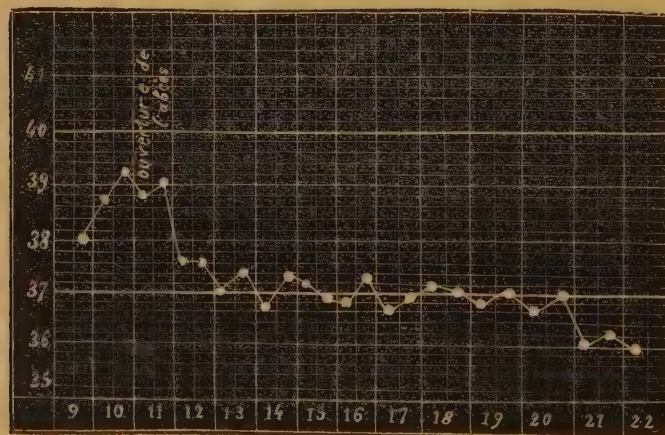
l'observation de M. Percepied, qu'il nous soit permis aussi d'y opposer les déductions qui découlent de deux observations que nous avons recueillies, de suppuration due au bacille de Loeffler seul.

OBS. 70. — Cette malade, domestique, âgée de 21 ans, entre le 9 mai au Pavillon Davaine. Elle est malade depuis trois jours; elle a été prise très rapidement de mal à la gorge, de céphalalgie, elle a eu des frissons et une inappétence absolue.

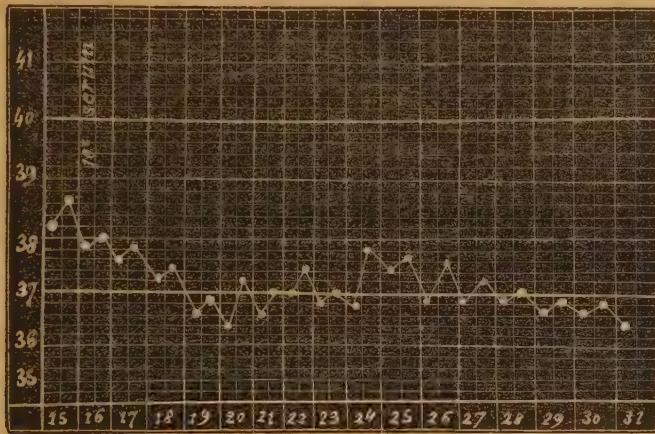
A l'entrée, on ne constate ni fausses membranes ni plaques, ni points blancs, le voile du palais est rouge luisant, il y a du gonflement surtout marqué au niveau de l'amygdale gauche.

Pendant les deux jours qui suivent son entrée à l'hôpital, les douleurs vont en augmentant, la dysphagie est telle que la malade ne peut rien avaler, le troisième jour comme les douleurs intolérables ont empêché la malade de dormir et comme on se trouve en présence d'une collection purulente manifeste au niveau de l'amygdale gauche on fait une incision par laquelle s'écoule environ deux cuillerées à bouche d'un pus jaunâtre et très liquide.

Ce pus contenait des bacilles de Loeffler, le lendemain la malade était très améliorée; elle sort guérie après 14 jours.



Obs. 110. — Cette jeune fille, âgée de 22 ans, cravatière, entre le 13 juillet pour une angine diphtérique à fausse membrane, on lui fait le second jour une injection de 10 cc. de sérum. Son état est excellent jusqu'au 23 juillet, à ce moment des douleurs apparaissent, un gonflement se montre au niveau de l'amygdale gauche. Cet abcès évolue lentement et le 27 il s'ouvre spontanément, le pus contenait des bacilles de Loeffler purs.



Ainsi présenté, le tableau de l'angine diphtérique de l'adulte repose tout entier sur la présence du bacille de Loeffler, on dira peut-être que le bacille n'est pas virulent, c'est un point qu'il est facile de réfuter, et c'est par l'exposé des complications, survenant aussi bien dans les formes dites rares que dans la forme dite vulgaire, que nous allons entreprendre cette démonstration.





CHAPITRE IX

Complications.

Nous n'avons nullement la prétention de faire un exposé complet des complications qui peuvent survenir au cours d'une angine à bacille de Loeffler chez l'adulte, on ne trouvera donc ici qu'un résumé des cas observés.

L'extension au larynx s'est faite huit fois et a entraîné la mort trois fois. Une autre malade (Obs. 103) est morte aussi, mais après avoir guéri de son croup; par broncho-pneumonie, dernière complication d'une diphtérie hypertoxique.

Nous attirerons particulièrement l'attention sur l'observation 6, croup chez une malade à forme amygdalite folliculaire, et sur l'observation 20, croup chez une malade à variété; angine aiguë.

OBS. 6. — La femme B..., ménagère, âgée de 33 ans, se présente à la consultation des maladies de la gorge, le 11 mars 1895.

Elle est complètement aphone, a de la fièvre et a beaucoup de tirage.

On constate la présence d'une amygdalite folliculaire. On la reçoit aussitôt, et on ensemence un tube de sérum gélatinisé.

Le lendemain 12, l'examen bactériologique indique des colonies pures de bacille de Loeffler.

Sa fièvre qui était de 39° la veille est le matin du 11 de 38°,2.

Elle dit avoir mal à la gorge depuis 15 jours, mais elle est aphone depuis 4 jours, ce qui ne l'empêchait pas d'ailleurs de vaquer à ses occupations.

L'examen laryngoscopique permet de voir des fausses membranes tapisser tout le larynx.

On lui fait dans la matinée une injection de 20 cc. de sérum, une seconde de 10 cc. le soir.

Le lendemain 13, la température est de 36°4, il y a moins de tirage, le soulagement est manifeste, mais il y a de l'albumine dans les urines.

Cet état reste à peu près le même jusqu'au sixième jour, le 16, en-effet, l'état est très amélioré, il n'y a presque plus de suffocation.

Le huitième jour, la malade respire mieux, il n'y a plus de fausse membrane dans le larynx, la gorge est nette, mais l'aphonie persiste.

Le dixième jour, l'albumine disparaît.

La malade sort au bout de 19 jours, en bonne santé, néanmoins la voix est encore couverte.

OBS. 20. — Cette femme, âgée de 46 ans, couturière, se présente à la consultation le 28 mars. Elle se plaint d'un léger mal de gorge.

A l'examen on constate de la rougeur du voile du palais, de la luette, des amygdales, l'amygdale droite est très enflée, elle est rejetée en avant et oblitère presque tout le pharynx, malgré cette difficulté on pratique l'examen laryngoscopique et l'on trouve des fausses membranes dans tout le larynx, la voix est un peu couverte, mais il n'y a pas de tirage.

Cette malade est hospitalisée, elle n'a pas de fièvre ; mais l'examen bactériologique donne bacille-de Lœffler et streptocoque, il y a de l'albuminurie.

On pratique aussitôt une injection de sérum de Roux de 20 cc. cinq jours après, il n'y a plus de fausses membranes dans le larynx, mais la gorge est encore rouge, pas de symptômes fonctionnels, la voix est redevenue normale.

Bien qu'au huitième jour la malade soit encore convalescente, son bon état général, l'absence de tout signe de maladie, lui font réclamer sa sortie.

Nous nous contentons de rappeler comment eut lieu la mort pour les trois malades mortes du croup.

OBS. 7. — Le 11 mars 1895, fut amenée au pavillon Davaine, une femme âgée de 26 ans, domestique.

Elle était dans un état de prostration très marqué. Le tirage était considérable. Le pharynx tout entier était tapissé de fausses membranes. La température à l'entrée était de 39°,5. La malade était complètement aphone. On pratiqua immédiatement une inoculation de 20 centimètres cubes de sérum ; dans la nuit, il y eut une légère amélioration, il n'y eut pas d'accès de suffocation. Comme le lendemain les membranes du pharynx persistèrent, que l'état général semblait empirer de nouveau, on fit une nouvelle injection de 15 centimètres cubes de sérum.

L'examen bactériologique, pratiqué à ce moment, montra des colonies confluentes de bacilles de Loeffler. Malgré ces injections de 35 centimètres cubes de sérum, le malade mourut dans la nuit.

Il n'a pas été fait d'examen des urines.

OBS. 39. — Nous manquons presque complètement de renseignements sur cette malade, âgée de 20 ans, domestique. Son pharynx était complètement tapissé de fausses membranes à demi détachées, qui formaient dans la bouche une bouillie putride et sanguinolente. Elle était, en outre, complètement aphone, le tirage était peu marqué, la température était de 40°,1, mais ce qui dominait c'était l'état général. On fit presque aussitôt une injection de 20 centimètres cubes.

Cette malade, déjà plongée dans l'état comateux à son entrée, mourait quelques heures après. On trouve des colonies nombreuses de bacille de Loeffler associé au streptocoque.

Quant à la troisième malade morte du croup, observation 84, nous avons donné quelques renseignements à son sujet au chapitre du traitement.

Quant aux deux derniers croups nous croyons devoir insister spécialement sur l'observation 60.

OBS. 60. — Cette malade avait dans ses relations une personne qui avait eu récemment une amygdalite assez sérieuse, mais pour laquelle on n'avait pas consulté de médecin.

Huit jours après la guérison de cette personne, notre malade se trouva prise d'un violent mal de tête, d'inappétence et de dysphagie — quand elle se présenta à la consultation, elle avait le bord libre du voile du palais complètement recouvert de fausses membranes

— la voix était un peu couverte et à l'examen laryngoscopique on constata la présence de fausses membranes dans le larynx.

Le jour de l'entrée, 18 avril, la température était de 39°, on pratiqua aussitôt une injection de 15 cc. de sérum, l'examen bactériologique révéla du bacille de Loeffler et du streptocoque. La température descendit les jours suivants aux environs de 38° ; les fausses membranes se détachèrent en partie, la voix restait la même, toujours couverte, cette amélioration fut surtout marquée le quatrième et le cinquième jour ; mais le huitième jour, 25 avril, l'état devient grave ; la malade est complètement aphone, il y a du tirage ; le voile du palais est couvert d'une immense plaque grisâtre, la luette est encapuchonnée ; les fausses membranes recouvrent la paroi postérieure du pharynx et l'amygdale droite ; on pratique aussitôt une nouvelle injection de 10 cc. de sérum ; mais l'état reste le même pendant deux jours — la température atteint les 26, 27, 28 avril, 38°,9 ; 39°,8, 39°,4 — les fausses membranes tombent enfin le 29 ; le larynx est complètement détergé ; mais l'aphonie est toujours complète.

C'est en raison de l'état des cordes vocales (paralysie) et par suite d'une paralysie du voile du palais arrivée au quinzième jour, que la malade est restée quarante-neuf jours à l'hôpital.

Après être sortie la malade est revenue un certain nombre de fois pour se faire électriser ; finalement elle n'est plus revenue et nous avons appris qu'elle avait par la suite gardé la chambre chez elle en raison de la difficulté qu'elle avait à marcher, en raison de la « lourdeur de ses jambes ».

Il y a eu de l'albumine du 23 avril au 9 mai.

OBS. 71.— Cette malade, ménagère, âgée de 27 ans, avait le pharynx complètement tapissé de fausses membranes, la voix était peu couverte et cependant à l'examen laryngoscopique on voyait des fausses membranes, à aucun moment il n'y eut du tirage, les urines ne

continrent jamais d'albumine ; le deuxième et le troisième jour après l'entrée on pratiqua à chaque fois une injection de 18 cc. de sérum, le quatrième jour les fausses membranes étaient tombées ; à la sortie de la malade le dix-neuvième jour la voix était encore couverte.

On avait trouvé des colonies pures de bacille de Loeffler.

La température qui atteignit 39° le second jour, se maintint aux environs de 38° les huit jours suivants, puis elle retomba à la normale.

Nous n'ajoutons pas ici les réflexions qui s'imposent naturellement en voyant le croup si rare chez l'adulte, si peu grave une fois déclaré ; nous nous réservons de les développer aux conclusions.

Si l'extension des fausses membranes au larynx a été peu fréquente, elle a été exceptionnelle aux fosses nasales, elle ne s'est montrée que dans un cas hypertoxique (Obs. 3). Ce même malade eut aussi une autre complication, une otite moyenne, ce que nous n'avons vu se reproduire qu'une autre fois (Obs. 129) nous pensons que la rareté de ces complications est le bénéfice de la méthode systématique des irrigations nasales.

Les paralysies ont été rares, peut-être le devons-nous à l'emploi du sérum de Roux, peut-être aussi au départ un peu précoce de nos malades.

Nous en avons cité déjà un cas dans l'observation 60.

OBS. 108. — Femme de 28 ans, infirmière à l'hôpital Lariboisière, service du D^r Gouguenheim.

Antécédents héréditaires. — Père mort de pneumonie.

Mère vivante et bien portante.

Deux frères morts en bas-âge.

Un enfant traité à Berk pour mal de Pott.

Antécédents personnels. — Rougeole à 5 ans.

Aucune maladie depuis lors.

Réglée à 14 ans et demi, toujours bien réglée.

Aucun stigmate d'hystérie.

Le 14 juillet. — Cette infirmière se plaint de douleur à la déglutition, de mal de tête. On examine sa gorge, elle présente le type d'une angine rouge. Un examen bactériologique montre du bacille de Loeffler à l'état pur. On la fait entrer au pavillon d'isolement.

Le lendemain de son entrée on lui fait une injection de 10 cc. de sérum, l'état général devient excellent et le 21, la malade semblait guérie, mais le 22 apparaissent de larges plaques rouges au niveau de l'extension aux bras et aux jambes.

En même temps la malade a de la courbature et des douleurs dans les articulations des membres. Cet état ne dure qu'environ six jours au bout desquels aucun de ces signes ne subsiste.

Le 5 août elle sort guérie.

Santé excellente jusqu'au 10 septembre. Cependant un peu d'amaigrissement et de toux. L'auscultation pulmonaire est négative. Plus tard elle montrera des signes d'induration.

Le 10 septembre survient la paralysie du voile du palais. La déglutition des aliments solides se fait facilement mais les boissons repassent par le nez. La voix est nasonnée.

Impossibilité de souffler une bougie, de se gonfler les joues, de se gargariser.

Le voile du palais est pendant. Il reste immobile quand on abaisse la langue.

Il est complètement insensible.

La malade se plaint d'une sensation de cuisson, Il lui semble qu'elle avale sans cesse des cheveux.

Le réflexe pharyngien est complètement perdu.

En un mot on retrouve chez elle tous les signes de la paralysie du voile du palais.

Du côté du pharynx et du larynx on ne note rien d'appréciable.

L'examen laryngoscopique montre la glotte normale.

Le 15 septembre les troubles de déglutition disparaissent. La malade peut souffler une bougie.

Les autres signes (paresthésie, anesthésie, perte du réflexe pharyngien) persistent.

C'est alors qu'apparaît un embarras extrême de la parole qu'on ne peut mettre sur le compte de la paralysie du voile du palais.

Ce n'est plus seulement l'impossibilité de prononcer le *b* et le *p* comme dans cette paralysie. C'est une difficulté très grande à prononcer tous les mots. C'est un véritable bégaiement.

La première syllabe d'un mot est prononcée après une longue hésitation, après de nombreux *eh eh*. Puis le malade la répète plusieurs fois, enfin la fin du mot est prononcée d'une façon explosive.

Cependant on ne note aucune paralysie de la langue. Tous les mouvements (projection, élévation, abaissement), sont facilement exécutés.

Ce bégaiement dure jusqu'au 22 septembre.

Le 16 septembre. — On constate de la diminution de la sensibilité à la douleur et à la chaleur, généralisée à tout le corps. Le tout est conservé. Les réflexes sont normaux sauf le réflexe pharyngien qui continue à être aboli.

Le 18 septembre. — Survient la paralysie des membres infé-

rieurs. Cette paralysie est incomplète. La malade peut faire quelques mouvements dans son lit, mais il lui est impossible de marcher et de se tenir debout, car ses jambes fléchissent et elle tombe.

La force musculaire est diminuée des deux côtés.

La sensibilité à la douleur est complètement abolie depuis la plante des pieds jusqu'au-dessus du genou. On peut enfoncer profondément une épingle sans que la malade témoigne aucune douleur.

Sur tout le reste du tégument externe, la sensibilité à la douleur continue à être diminuée.

Les sensibilités au froid et au chaud sont perdues aux membres inférieurs. Elles sont un peu diminuées sur le reste du corps.

Le tact est perdu à la plante des pieds, la malade ne peut distinguer sur quoi elle pose le pied. Il est normal aux mains.

Les réflexes patellaires persistent.

Le 25 septembre. — La paralysie commence à retrocéder, mais elle ne disparaîtra que le 30 septembre.

Le 28 septembre. — Surviennent des troubles de la vue : l'acuité auditive diminue, la vision des objets éloignés est encore nette tandis que la vision de près est impossible.

L'examen ophtalmoscopique fait dans le service de M. Delens montre le fond de l'œil normal.

Le 1^{er} octobre. — On constate un léger strabisme portant sur l'œil gauche accompagné de diplopie, mais ces signes sont éphémères et dès le lendemain ils ont disparu.

Au contraire l'amblyopie persiste jusqu'au 14 octobre.

A ce moment la maladie paraît terminée. La sensibilité est revenue partout quand le 15 octobre apparaissent de nouveaux troubles du côté de l'oreille.

L'acuité auditive diminue et la malade se plaint de bourdonnements d'oreille.

La surdité va en s'accroissant de plus en plus et s'accompagne bientôt de maux de tête, de vertiges et de sifflements.

Le 19 octobre. — Au service de laryngologie, on examine la malade et on constate que les conceptions aérienne et osseuse sont abolies. La malade n'entend ni la voix ni le diapason.

D'un autre côté l'oreille moyenne est complètement saine. On diagnostique une otite interne d'origine labyrinthique et institue un traitement composé de 0 gr. 01 de pilocarpine en injection et de 3 grammes d'iodure.

Le 23 octobre. — Les accidents cessent brusquement mais ils sont remplacés immédiatement par des accidents pseudo-méningitiques.

Ce jour-là, la malade se plaint d'une céphalalgie très violente, généralisée à toute la tête, mais ayant son maximum à la région frontale.

En même temps la malade a de la photophobie. La moindre lumière lui fait mal, aussi a-t-elle constamment la tête tournée vers le mur.

Le 24. — Même état.

Le 25. — Surviennent deux vomissements. La malade est constipée depuis le début des accidents. On constate également quelques irrégularités dans la force du pouls, le rythme étant conservé.

Les antécédents de la malade (une fille atteinte du mal de Pott), la présence de signes d'induration au sommet gauche, l'amaigrissement depuis la diphtérie font penser à un début de méningite tuberculeuse. Mais l'absence de fièvre fait rejeter cette hypothèse.

En effet, le 26, la céphalalgie diminue et la photophobie disparaît.

Le 28. — La céphalalgie a complètement disparu et la malade peut se lever.

A partir de cette date les accidents ont complètement disparu.

La malade est fortement amaigrie.

Elle tousse un peu, l'auscultation pulmonaire montre au sommet gauche de la rudesse de l'inspiration avec expiration prolongée et craquements.

Le 30 octobre. — Hémoptysie légère.

Le 10 novembre. — La malade part pour le Vésinet.

Ce qui frappe dans cette observation c'est la marche insolite des diverses manifestations dans l'infection par les toxines du Klebs-Löffler.

Ordinairement la paralysie diphtérique quand elle se généralise frappe successivement le voile du palais, le larynx et le pharynx, puis les muscles de l'œil, les membres inférieurs, le diaphragme, les muscles de la respiration et le cœur.

Ici nous trouvons successivement :

Paralysie du voile du palais;

Bégaiement;

Troubles des membres inférieurs;

Troubles de la vue;

Phénomènes auditifs rappelant le vertige de Mesnière;

Troubles pseudo-méningés.

Nous avons eu plusieurs angines diphtériques malignes, hypertoxiques, elles étaient toutes dues à des associations microbiennes, bacille de Loeffler et streptocoques.

Deux se sont heureusement terminées par la guérison.

OBS. 3. — Cet homme, âgé de 57 ans, peintre, était en traitement à l'hôpital Tenon ; il a contracté sa diphtérie dans la salle où il se trouvait.

Le visage est pale, bouffi ; il y a un engorgement ganglionnaire très marqué du côté gauche ; le malade ne peut pas ouvrir la bouche ; l'haleine est extrêmement fétide ; on aperçoit cependant le voile du palais tapissé de fausses membranes. L'état général est mauvais. La déglutition est impossible, les douleurs sont très vives et irradiées vers les oreilles. Le malade a eu une épistaxis avant d'entrer ; les fosses nasales sont prises.

La température est de 38°,2. On fait aussitôt une injection de 20 centimètres cubes de sérum. Le deuxième jour, la température est de 39°,4. La prostration est extrême. Il y a une diarrhée intense et l'albumine apparaît.

Le malade devient sourd.

Le cinquième jour, la température atteint 38°, l'état se trouve amélioré.

La gorge se nettoie, mais les fosses nasales restent encombrées jusqu'au huitième jour. Il y a de l'écoulement de l'oreille gauche.

L'albumine disparaît au dix-huitième jour.

Le malade sort après 30 jours, mais très affaibli.

OBS. 30. — Ce malade, âgé de 29 ans, est entré au pavillon avec un état général très grave, les lèvres violacées, le visage bouffi, des douleurs empêchent toute alimentation, pas d'appétit, une fièvre de 39°, tout le pharynx était couvert de fausses membranes ; à aucun moment il n'y eut d'albumine.

L'examen bactériologique montre du bacille de Loeffler et des streptocoques.

On fait aussitôt une injection de 20 cc. de sérum, mais l'état reste le même ; la prostration augmente et au quatrième jour, on fait une nouvelle inoculation de 15 cc. de sérum, c'est seulement

au huitième jour que les fausses membranes étant tombées, laissent voir des ulcérations assez profondes ; la température qui pendant six jours était à 37° remonte alors, et se maintient à 38°, 39°, pendant 7 jours, tant que les ulcérations ne sont pas cicatrisées, le malade sort guéri après 24 jours de traitement.

Deux autres se sont terminées par la mort, on en verra la marche par la lecture des observations 10 et 103.

OBS. 10. — Ce malade, âgé de 21 ans, étudiant en droit, était en traitement à l'hôpital Tenon. Il y a contracté la diphtérie au cours d'une épidémie de salle.

A son entrée au pavillon Davaine, le malade est dans un état de stupeur extrême. Le visage est bouffi, les lèvres violacées.

Les fosses nasales, le voile du palais, le pharynx, les amygdales, sont couverts de fausses membranes.

L'albuminurie est abondante. Il y a des traces de desquamation sur la peau.

La température est de 38°,2 le matin, de 39° le soir.

Le matin même de l'entrée, on fait une injection de sérum de 20 centimètres cubes ; le soir, une nouvelle de 15 centimètres cubes, les quatre jours suivants, le malade subit une légère amélioration, les fausses membranes sont presque toutes détachées.

L'examen bactériologique pratiqué après ensemencement montre du bacille de Loeffler et des streptocoques.

Régime lacté.

Le cinquième jour, la température qui était le matin de 38°,2, remonte le soir à 39°,4. Anurie complète. La tuméfaction du visage est énorme surtout au niveau de l'œil gauche. La nuit du cinquième au sixième jour est très agitée ; il y a du délire et le malade succombe le sixième jour à 10 heures du matin.

La température, deux heures avant la mort, était brusquement tombée à 37°,4, la plus basse que ce malade ait eu depuis l'entrée.

Obs. 103. — Cette malade, âgée de 35 ans, blanchisseuse, est entrée le 7 juillet.

Elle était malade depuis une huitaine de jours, quand elle s'est présentée. L'état général n'est pas mauvais, la température est de 38°,4 le matin, de 38°,9 le soir, le faciès est vultueux et légèrement bouffi.

Le voile du palais est tapissé de fausses membranes.

On fait aussitôt une injection de 18 centimètres cubes de sérum et on pratique en même temps un ensemencement sur sérum gélatinisé.

L'examen bactériologique pratiqué le second jour fait voir des bacilles de Loeffler et des streptocoques.

L'état général a empiré ; il y a de la diarrhée.

En même temps, la malade est devenue aphoné ; il y a des fausses membranes dans le larynx et un peu de tirage. On fait de nouveau dans la journée une injection de 28 centimètres cubes de sérum.

Les jours suivants, la malade va mieux, les fausses membranes du voile du palais, du larynx ont disparu, mais il y a toujours de la diarrhée.

Le sixième jour la fièvre qui atteint 39°, l'albumine qui apparaît dans les urines, des douleurs au niveau du coude et surtout au niveau du genou accompagnent une éruption polymorphe très abondante, surtout visible au bras et aux jambes et présentant l'aspect d'un urticaire, cette éruption est prolongée pendant trois jours et a disparu sans provoquer de desquamation, elle a été attribuée au sérum.

D'ailleurs depuis ces accidents, l'amélioration dont avait bénéf-

ficié la maladie les cinq premiers jours après les injections de sérum ne s'est pas reproduite, la fièvre a monté à 39° , l'a dépassé et même atteignait $39^{\circ},4$, le 25 juillet, la diarrhée a persisté toujours intense, les phénomènes de complication laryngée avaient alors complètement disparu, cependant la voix restait couverte et très faible.

Au 20 août, la température de $39^{\circ},2$, monte à $40^{\circ},2$; et pendant quatre jours dépasse 40° ($40^{\circ},6$; $40^{\circ},8$; $40^{\circ},3$); on constate une broncho-pneumonie du côté gauche à laquelle la malade succombe le 26 août.

L'érysipèle a été noté une fois.

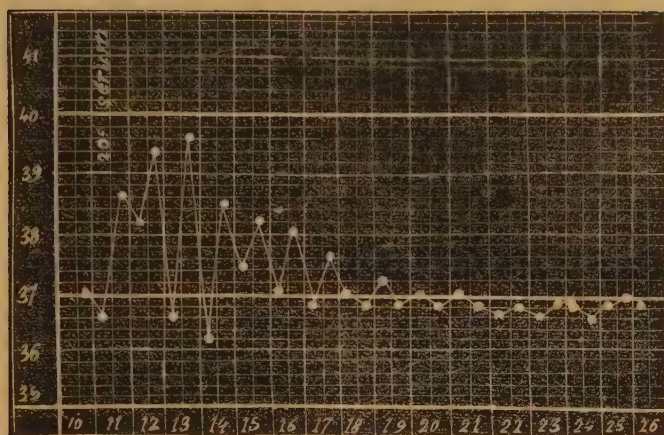
Obs. 4. — Le malade âgé de 40 ans, ébéniste, a été évacué sur le pavillon Davaine par l'hôpital Tenon, où il était soigné pour un érysipèle de la face; mais il y a contracté la diphtérie dans une épidémie de salle.

L'état est grave à l'entrée; la gorge est couverte de fausses membranes, le voile du palais, la luette, les amygdales et le pharynx en sont tapissés; l'érysipèle de la face occupe le côté gauche et l'oreille gauche.

Il y a de l'albumine dans les urines qui disparaît au douzième jour.

Le jour de l'entrée, on a fait une injection de sérum de 20 centimètres cubes. Malgré cela l'état est très grave les sept jours suivants, le malade est agité et a du délire. Les fausses membranes ont persisté pendant une semaine.

On a fait des pansements de la face à l'eau boriquée. Le malade a été mis au régime lacté. Il est sorti guéri, mais très faible, le dix-neuvième jour.



Des maladies intercurrentes ont modifié la marche de la diphtérie dans plusieurs cas.

A deux reprises, la diphtérie a débuté, puis s'est compliquée de scarlatine, ce qui est absolument contraire à l'opinion admise jusqu'à présent, c'est ce qui se présente pour l'observation 44 déjà citée et pour l'observation 22.





CHAPITRE X

Traitement.

Dès qu'un malade était hospitalisé au pavillon Davaine, dès que son diagnostic bactériologique était établi, on instituait son traitement.

Il comprenait d'abord un régime alimentaire avec du lait et des œufs, de la viande chez les malades dont les douleurs de la déglutition n'étaient pas trop vives ; puis des toniques, todd, vin de quinquina.

Au point de vue antiseptique, des gargarismes boriqués à prendre d'une façon continue, et à plusieurs reprises dans la journée, de grandes irrigations nasales.

En outre, on faisait aux malades des injections de sérum de Roux. Après avoir soigneusement savonné et nettoyé avec la solution de sublimé au 1/1000 la peau du ventre, on faisait avec la seringue une injec-

tion de quantité variable. Dans les premiers mois nous atteignons 20 centimètres cubes, mais à la fin nous nous contentions de 8 centimètres cubes, et dans bien des cas, même à fausses membranes, il n'a plus été fait d'injections. On peut dire que lorsqu'on faisait les injections, le bénéfice le plus évident était la chute plus rapide des fausses membranes, l'état général subissait une amélioration proportionnelle, mais dans les cas bénins, l'abstention est devenue habituelle, car les éruptions consécutives assez fréquentes, accompagnées de fièvre, présentaient un ensemble pathologique plus inquiétant que l'état diphtérique lui-même.

La trachéotomie a été pratiquée deux fois.

OBS. 84. — Cette femme, âgée de 51 ans, couturière, est malade depuis huit jours, elle a eu de la céphalalgie, de la courbature et du mal de gorge, mais depuis quatre jours, elle a de l'oppression et de l'aphonie.

Au moment de son entrée, elle a un tirage considérable, des fausses membranes très épaisses recouvrent la paroi postérieure du pharynx, la température est de 40°,2.

On pratiqua aussitôt la trachéotomie, mais la malade succomba le lendemain à une broncho-pneumonie.

Nous-mêmes avons eu l'occasion de pratiquer la trachéotomie chez la malade, 18, cette malade a guéri et est actuellement bien portante.

OBS. 18. — Le 27 mars, entrain au pavillon de la diphtérie, une femme, âgée de 28 ans. Comme elle avait de la dyspnée, qu'elle était aphone et que son état général était mauvais on pratiqua aussitôt une injection de 20 cc. de sérum.

Le lendemain, les fausses membranes avaient encore augmenté, elles recouvraient les amygdales et encapuchonnaient la luette.

Le tirage était considérable et la malade asphyxiait.

Nous procédâmes nous-mêmes aussitôt à la trachéotomie.

Après avoir divisé à partir du cricoïde sur la ligne médiane la peau dans l'étendue de 4 centimètres, nous laissâmes alors le bistouri, puis prenant la sonde cannelée et le thermo-cautère, nous dilacérâmes tout ce qui se présentait à nous de façon à bien découvrir la trachée, l'hémostase étant complète, nous incisons la trachée largement et plaçons la canule.

La malade expulse aussitôt des morceaux de fausses membranes, la dyspnée disparaît aussitôt.

Il n'y eut pas de broncho-pneumonie à la suite de l'opération, le larynx, la gorge étaient redevenus normaux environ huit jours après l'opération, la malade sortit complètement guérie après 30 jours de traitement.





STATISTIQUE DES 137 CAS OBSERVÉS

Nous avons laissé confondues ensemble toutes les formes suivant leur ordre d'entrée à l'hôpital plutôt que de les grouper par catégorie.

Il sera plus facile de se rendre compte ainsi de la fréquence relative de ces formes.

On verra en outre que les cas graves sont plus nombreux au début de ce tableau et que les angines diphtériques sont allées s'atténuant de février à septembre.



N ^o	Date de l'entrée. Sexe. Age, l'profession.	Forme.	Signes physiques. Signes fonctionnels.	Diagnostic. Bactériologique.	Complications.	Traitement.	Terminaison.	Durée.
1	27 février. — Femme 20 ans. — Domes- tique.	Pseudo - membra- neuse.	Fausses membranes sur la paroi postérieure du pharynx et l'amy- gdale gauche. Amyg- dale droite très rou- ge. Albumine.	Diphthérie pure.	Abcès au niveau de l'injection.	Sérum 20 cc.	Guérie, mais très ané- miee.	14 jours.
2	28 février. — Homme 32 ans. — Peintre.	Pulvé.ée.	Exsudats grisâtres sur la paroi postérieure du pharynx. Albu- mine.	Diphthérie pure.	Scarlatine au dou- zième jour.		guéri.	41 jours.
3	9 mars. — Homme 57 ans. — Peintre.	Pseudo - membra- neuse.	Fausses membranes sur le voile du palais. Albumine.	Diphthérie et strep- toques.	Otite ganglions. Fosses nasales prises.	Sérum 20 cc.	guéri.	30 jours.
4	11 mars. — Homme 59 ans. — Ebéniste.	Pseudo - membra- neuse.	Fausses membranes sur le voile du palais. luette et phar. Alb.	Diphthérie, colonies nombreuses, quel- ques brisou.	Erysipèle de la face.	Sérum 20 cc.	guéri.	19 jours.
5	11 mars. — Homme 61 ans. — Coloriste.	Pseudo - membra- neuse.	Fausses membranes sur la paroi postérieure du pharynx. Album.	Diphthérie pure.	Diphthérie du la- rynx.	Sérum 20 cc.	guéri.	26 jours.
6	11 mars. — Femme 33 ans. — Ménage- rière.	Amygdalite follicu- laire.	Albumine.	Diphthérie pure, colo- nie pure.		Sérum 30 cc.	guérie.	19 jours.
7	11 mars. — Femme 26 ans. — Domes- tique.	Pseudo - membra- neuse.		Diphthérie pure, colo- nies confluentes nombreuses.		Sérum 35 cc.	décédée.	2 jours.
8	12 mars. — Femme 22 ans. — Domes- tique.	Angine aiguë.		Quelques bacilles di- phthériques. Strepto- coques nombreux.		Sérum 20 cc.	guérie.	18 jours.
9	12 mars. — Homme 20 ans. — Epicier.	Angine aiguë.		Quelques bacilles di- phthériques.		Sérum 20 cc.	guéri.	14 jours.

10	12 mars. — Homme 21 ans. — Etudiant en droit.	Pseudo-membraneuse.	Fausses membranes sur le voile du palais. Albumine.	Diphthérie et streptocoques.		Sérum 35 cc.	décédé.	7 jours.
14	12 mars. — Femme 30 ans. — Domes- tique	Amygdalite follicu- laire.		Diphthérie pure.		Sérum 20 cc.	guérie.	8 jours.
12	12 mars. — Femme 34 ans ménagère.	Pseudo-membraneuse.	Fausses membranes sur le voile du palais, la luette, les deux amy- gdales.	Diphthérie pure.		Sérum 20 cc.	guérie.	7 jours.
13	15 mars. — Femme 40 ans. — Cuisi- nière.	Amygdalite follicu- laire.		Diphthérie pure.		Sérum 20 cc.	guérie.	15 jours.
14	16 mars. — Femme 23 ans. — Domes- tique.	Angine aiguë.		Diphthérie pure.		Sérum 20 cc.	guérie.	14 jours.
15	17 mars. — Homme 17 ans. — Carton- nier.	Pseudo-membraneuse.	Fausses membranes sur le voile du palais, la luette, les amygdales. Albumine.	Diphthérie pure.		Sérum 20 cc.	guéri.	32 jours.
16	17 mars. — Femme 26 ans. — Domes- tique.	Amygdalite follicu- laire.		Diphthérie pure.		Sérum 20 cc.	guérie.	8 jours.
17	20 mars. — Homme 48 ans. — Employé.	Amygdalite follicu- laire.		Diphthérie pure.		Pas de sérum.	guéri.	11 jours.
18	27 mars. — Femme 28 ans. — Ménagère.	Pseudo-membraneuse.	Fausses membranes sur le voile du palais et les amygdales.	Diphthérie pure.		Sérum 20 cc. Trachéoto- mie.	guérie.	30 jours.
19	28 mars. — Femme 23 ans. — Blanchis- seuse.	Amygdalite follicu- laire.		Diphthérie pure. colo- nies nombreuses.	Diphthérie du la- rynx.	Pas de sérum.	guérie.	8 jours.
20	28 mars. — Femme 41 ans. — Coutu- rière.	Angine aiguë.	Amygdale droite très enflée. Albuminurie.	Diphthérie et streptocoques.		Sérum 20 cc.	convalescen- te.	8 jours.
21	30 mars. — Homme 17 ans. — Etudiant.	Amygdalite follicu- laire.		Diphthérie.	Diphthérie du la- rynx.	Sérum 15 cc.	guéri.	12 jours.

N°	Date de l'entrée. Sexe. Age. Profession.	Forme.	Signes physiques. Signes fonctionnels	Diagnostic bactériologique.	Complications.	Traitement.	Terminaison.	Durée.
22	30 mars. — Homme 25 ans. — Raffineur.	Amygdalite folliculaire.	Engorgement ganglionnaire.	Diphthérie et streptococques.	Scarlatine.		guéri.	29 jours.
23	30 mars. — Femme 35 ans. — Artiste violoniste.	Pseudo-membraneuse.	Luette encapuchonnée. Albumine. Eruption le huitième jour.	Diphthérie et streptococques.		Sérum 35 cc.	Sort sur sa demande. Douleur dans les jambes. Marche difficile.	15 jours.
24	1er avril. — Homme 21 ans. — Employé de commerce.	Pseudo-membraneuse.	Fausse membrane sur paroi postérieure du pharynx. Luette en- capuchonnée.	Diphthérie et colonies nombreuses.		Sérum 15 cc.	guéri.	9 jours.
25	1er avril. — Homme 61 ans. — Infirmer.	Pseudo-membraneuse.	Fausse membrane sur luette, amygdalé gau- che.	Diphthérie et streptococques.		Sérum 20 cc.	guéri.	8 jours.
26	1er avril. — Femme 32 ans. — Ménagère.	Amygdalite folliculaire.		Diphthérie et streptococques.		Sérum 15 cc.	guéri.	8 jours.
27	2 avril. — Homme 17 ans. — Coupeur de chaussures.	Amygdalite folliculaire.		Diphthérie pure, colo- nies nombreuses.		Sérum 20 cc.	guéri.	11 jours.
28	2 avril. — Femme 20 ans. — Guis- nière.	Amygdalite folliculaire.	Albumine.	Quelques bacilles di- phthériques et quel- ques streptococques.		Sérum 40 cc.	guérie.	20 jours.
29	4 avril. — Homme 42 ans. — Cocher.	Angine pultacée.		Diphthérie pure, colo- nies nombreuses.		Sérum 10 cc.	guéri.	7 jours.
30	4 avril. — Homme 29 ans. — Sans profession.	Pseudo-membraneuse.	Fausse membrane sur- tout le pharynx. Ul- cération du pharynx.	Diphthérie streptococques.		Sérum 35 cc.	guéri.	24 jours.

31	4 avril. — Femme 21 ans. — Journalière.	Pseudo-membraneuse.	Fausses membranes sur amygdales et voile du palais.	Diphthérie, streptocoques nombreux.		Sérum 20 cc.	guérie.	9 jours.
32	5 av il. — Homme 18 ans. — Garçon laitier.	Pseudo-membraneuse.	Pharynx entièrement tapissé de fausses membranes.	Diphthérie.		Sérum 15 cc.	guéri.	17 jours.
33	6 avril. — Homme 18 ans. — Couturière.	Angine herpétique.	Albumine.	Diphthérie pure, colonies nombreuses.		Sérum 10 cc.	guérie.	11 jours.
34	7 avril. — Femme 23 ans. — Domes-tique.	Pseudo-membraneuse.	Fausses membranes sur les amygdales.	Diphthérie, colonies nombreuses. Streptocoques.		Sérum 10 cc.	guérie.	9 jours.
35	9 avril. — Femme 20 ans. — Couturière.	Pseudo-membraneuse.	Fausses membranes sur la luette, la paroi postérieure du pharynx.	Diphthérie pure.		Sérum 15 cc.	guérie.	7 jours.
36	9 avril. — Femme 22 ans. — Epicière.	Angine aiguë.	Voile du palais, amygdales très rouges.	Diphthérie pure.		Pas de sérum.	guéri.	7 jours.
37	9 avril. — Homme 19 ans. — Domes-tique.	Amygdalite folliculaire.	Albumine. Deux récidives de l'angine au septième jour et au dix-neuvième.	Diphthérie pure.		Sérum 20 cc.	guérie.	24 jours.
38	11 avril. — Homme 51 ans. — représentant.	Amygdalite folliculaire.		Diphthérie pure.		Sérum 15 cc.	guéri.	24 jours.
39	12 avril. — Femme 20 ans. — Domes-tique.	Pseudo-membraneuse.		Diphthérie, colonies nombreuses. Streptocoqu s.	Diphthérie du larynx.	Sérum 20 cc.	décédée.	En arrivant.
40	13 avril. — Homme 29 ans. — Garçon de cuisine.	Pseudo-membraneuse.	Fausses membranes sur voile du palais, luette, paroi postérieure du pharynx.	Diphthérie pure.		Sérum 20 cc.	guérie.	10 jours.
41	13 avril. — Femme 27 ans. — Couturière.	Amygdalite folliculaire.	Ganglions.	Diphthérie et streptocoques.		Pas de sérum.	guérie.	9 jours.

N°	Date de l'entrée. Sexe, Age. Profession.	Forme.	Signes physiques. Signes fonctionnels.	Diagnostiks bactériologiques.	Complications.	Traitement.	Terminaison.	Durée.
42	16 avril. — Homme 17 ans. — Garçon marchand de vin.	Pseudo-membraneuse.	Fausses membranes sur luette, paroi postérieure du pharynx.	Diphthérie et streptocoques.		Pas de sérum.	guéri.	8 jours.
43	17 avril. — Femme 20 ans. — Blanchisseuse.	Diphthérie cutanée.		Diphthérie et streptocoques.		Sérum 15 cc.	guérie.	24 jours.
44	20 avril. — F. 22 ans — Dom.	Angine herpétique.	Vésicules d'herpès. Fausses membranes.	Diphthérie et streptocoques.	Scarlatine.		guérie.	48 jours.
45	22 avril. — Homme 22 ans. — Cuisinier.	Amygdalite folliculaire.	Points blancs sur l'amygdalite droite.	Diphthérie pure, colonies nombreuses.		Sérum 15 cc.	guéri.	10 jours.
46	23 avril. — Femme 18 ans. — Marchande des quatre saisons.	Amygdalite folliculaire.		Diphthérie.		Pas de sérum.	guérie.	8 jours.
47	23 avril. — Femme 20 ans. — Domestique.	Amygdalite folliculaire.		Diphthérie.		Sérum 10 cc.	guérie.	15 jours.
48	24 avril. — Femme 26 ans. — Domestique.	Amygdalite folliculaire.		Diphthérie et streptocoques.		Sérum 10 cc.	guérie.	9 jours.
49	24 avril. — Homme 28 ans. — Garçon nourrisseur.	Pseudo-membraneuse.		Diphthérie et streptocoques.		Sérum 25 cc.	guérie.	13 jours.
50	24 avril. — Femme 24 ans. — Bonne.	Amygdalite folliculaire.		Quelques bacilles diphthériques. Streptocoques.		Pas de sérum.	guérie.	6 jours.
51	24 avril. — Femme 21 ans. — Domestique.	Amygdalite folliculaire.		Diphthérie et streptocoques.		Sérum 10 cc.	guérie.	14 jours.

52	25 avril. — Homme 27 ans. — Ocher.	Amygdalite folliculaire.	Ganglions.	Diphthérie et streptocoques.		Sérum 10 cc.	guérie.	6 jours.
53	25 avril. — Femme 55 ans. — Sans profession.	Amygdalite folliculaire.	Fausses membranes sur la paroi postérieure du pharynx.	Diphthérie et streptocoques.		Pas de sérum.	guérie.	8 jours.
54	25 avril. — Homme 24 ans. — Sculpteur.	Pseudo-membraneuse.		Diphthérie et streptocoques.		Sérum 15 cc.	guérie.	8 jours.
55	25 avril. — Homme 23 ans. — Grillageur.	Amygdalite folliculaire.		Quelques bacilles, diphthérie et streptocoques.		Pas de sérum.	guérie.	24 jours.
56	29 avril. — Femme 20 ans. — Infirmière au pavillon.	Pseudo-membraneuse.	Fausses membranes sur les amygdales et le pharynx.	Diphthérie pure, colonies nombreuses.		Sérum 10 cc.	guérie.	9 jours.
57	29 avril. — Femme 21 ans. — Domestique.	Pseudo-membraneuse.	Fausses membranes sur tout le pharynx.	Diphthérie.		Sérum 15 cc.	guérie.	12 jours.
58	30 avril. — Femme 19 ans. — Domestique.	Pseudo-membraneuse.	Fausses membranes sur le voile du palais et la luette.	Diphthérie.		Sérum 25 cc.	guériet	12 jours.
59	29 avril. — Femme 22 ans. — Cuisinière.	Amygdalite folliculaire.	Fausses membranes sur tout le voile du palais. Albumine.	Diphthérie et streptocoques.		Sérum 10 cc.	guérie.	19 jours.
60	18 avril. — Femme 47 ans. — Lingère.	Pseudo-membraneuse.		Diphthérie et streptocoques.	Diphthérie du larynx. Paralyse du voile du palais.	Sérum 25 cc.	en convalescence.	49 jours.
61	1er mai. — Femme 17 ans. — Domestique.	Amygdalite folliculaire.		Diphthérie pure.		Pas de sérum.	guérie.	18 jours.
62	1er mai. — Femme 21 ans. — Bonne.	Pseudo-membraneuse.	Fausses membranes sur l'amygdale droite et la paroi postérieure du pharynx.	Quelques bacilles diphthériques. Streptocoques.		Pas de sérum.	guérie.	11 jours.
63	1er mai. — Femme 20 ans. — Couturière.	Amygdalite folliculaire.		Quelques bacilles diphthériques. Streptocoques.		Pas de sérum.	guérie.	11 jours.

N°	Date de l'entrée, Sexe, Age Profession.	Formes.	Signes physiques, Signes fonctionnels.	Diagnostic bactériologique.	Complications.	Traitement.	Terminaison.	Durée.
64	1er mai. — Femme 27 ans. — Bro- deuse.	Amygdalite follicu- laire.		Quelques bacilles di- phthériques, Strepto- coques.		Pas de sérum.	guéri.	10 jours.
65	3 mai. — Femme 18 ans. — Domes- tique.	Amygdalite follicu- laire.		Diphthérie pure.		Sérum 10 cc.	guérie.	11 jours.
66	3 mai. — Femme 20 ans. — Domes- tique.	Pseudo-membra- neuse.	Luette encapuchonnée, plaques grises sur la paroi postérieure du pharynx.	Diphthérie pure. Colo- nies nombreuses.		Sérum 25 cc.	guérie.	15 jours.
67	3 mai. — Homme 47 ans. — Machi- niste.	Pseudo-membra- neuse.		Diphthérie pure.		Sérum 25 cc.	guérie.	14 jours.
68	4 mai. — Femme 19 ans. — Domes- tique.	Amygdalite follicu- laire.		Diphthérie et strepto- coques.		Sérum 15 cc.	guérie.	17 jours.
69	8 mai. — Femme 20 ans. — Domes- tique.	Angine pultacée.	Exsudat blanchâtre sur les amygdales.	Diphthérie et strepto- coques.		Pas de sérum.	guérie.	12 jours.
70	9 mai. — Femme 21 ans. — Domes- tique.	Angine phlegmo- neuse.		Diphthérie pure.		Pas de sérum. Ouverture de l'abcès.	guérie.	14 jours.
71	13 mai. — Femme 27 ans. — Ménage- rière.	Pseudo-membra- neuse.	Fausse membranes sur tout le pharynx.	Diphthérie pure. Colo- nies nombreuses.	Diphthérie du la- rynx.	Sérum 20 cc.	guérie.	19 jours.
72	14 mai. — Femme 23 ans. — Domes- tique.	Angine aiguë.		Diphthérie.	Eruption due au sérum au neu- vième jour.	Sérum 15 cc.	guérie.	12 jours.
73	15 mai. — Femme 24 ans. — Cuisi- nière.	Pseudo-membra- neuse.		Diphthérie.		Sérum 25 cc.	guérie.	11 jours.

74	16 mai. — Femme 35 ans. — Gilette.	Amygdalite folliculaire.		Diphthérie et streptocoques.		Sérum 12 cc.	guérie.	7 jours.
75	16 mai. — Fille de la précédente 12 ans.	Amygdalite folliculaire.		Diphthérie pure.		Sérum 10 cc.	guérie.	7 jours.
76	17 mai. — Femme 23 ans. — Domes-tique.	Pseudo-membra-neuse.	Fausses membranes sur les amygdalites.	Diphthérie.	Eruption au sep-tième jour.	Sérum 15 cc.	guérie.	14 jours.
77	24 mai. — Femme 24 ans. — Cuisi-nière.	Pseudo-membra-neuse.		Diphthérie pure, colo-nies nombreuses.		Sérum 10 cc.	guérie.	17 jours.
78	24 mai. — Femme 15 ans. — Domes-tique.	Angine aiguë.		Quelques bacilles di-phthériques. Strepto-coques.		Pas de sérum.	guérie.	9 jours.
79	22 mai. — Femme 64 ans. — Sans profession.	Diphthérie du la-rynx.	Ulcération du larynx.	Diphthérie, colonies nombreuses.		Sérum 20 cc.	guérie.	9 jours.
80	23 mai. — Femme 23 ans. — Cuisi-nière.	Amygdalite folliculaire.		Diphthérie et strepto-coques.		Sérum 15 cc.	guérie.	8 jours.
81	25 mai. — Femme 32 ans. — Ménage.	Pseudo-membra-neuse.	Fausse membrane sur l'amygdale gauche. Albumine.			Sérum 23 cc.	guérie.	12 jours.
82	25 mai. — Femme 23 ans. — Domes-tique.	Angine aiguë.		Diphthérie et strepto-coques.		Sérum 10 cc.	guérie.	9 jours.
83	1 juin. — Femme 16 ans. — Domes-tique.	Pseudo-membra-neuse.		Diphthérie et strepto-coques.		Sérum 20 cc.	guérie.	30 jours.
84	1 juin. — Femme 51 ans. — Couturière.	Pseudo-membra-neuse.	Fausses membranes remplissant le pha-rynx.	Diphthérie pure.	Eruption due au sérum, Diphthérie du larynx.	Trachéotomie.	décédée.	2 jours.
85	Famille P.	Amygdalite, il y a 8 jours.		Diphthérie pure. Colo-nies nombreuses.				

N ^o	Date de l'entrée. Sexe. Age. Profession.	Forme	Signes physiques, Signes fonctionnels.	Diagnostic bactériologique.	Complications.	Traitement.	Terminaison.	Durée
86	Famille P. Mère.	Rien.		Diphthérie pure.				
87	Famille P. 1 juin. — Enfant.	Diphthérie conjonctivale.	État grave.	Diphthérie pure.		28 cc. sérum.	guérie.	15 jours.
88	1 juin. — Femme 26 ans. — Cuisinière.	Pseudo-membraneuse.		Diphthérie. Colonies nombreuses.		Pas de sérum.	guérie.	15 jours.
89	2 juin. — Femme 47 ans. — Domestique.	Pseudo-membraneuse.		Diphthérie et streptocoques.		Sérum 15 cc.	guérie.	10 jours.
90	4 juin. — Femme.	Amygdalite folliculaire.		Diphthérie et streptocoques.		Sérum 15 cc.	guérie.	7 jours.
91	5 juin. — Femme 24 ans. — Cuisinière.	Pseudo-membraneuse.		Diphthérie.		Sérum 15 cc.	guérie.	9 jours.
92	6 juin. — Femme 16 ans. — Modiste.	Angine pultacée.	Albumine.	Diphthérie. colonies nombreuses.		Sérum 15 cc.	guérie.	15 jours.
93	7 juin. — Femme 25 ans. — Couturière.	Angine pultacée.	Albumine	Diphthérie et streptocoques.		Pas de sérum.	guérie.	7 jours.
94	12 juin. — Femme 57 ans. — Blanchisseuse.	Pseudo-membraneuse.		Diphthérie.		Pas de sérum.	guérie.	7 jours.
95	12 juin. — Femme 24 ans. — Ménagère.	Pseudo-membraneuse.		Quelques bacilles diphthériques.		Pas de sérum.	guérie.	10 jours.
96	18 juin. — Femme 27 ans. — Domestique.	Pseudo-membraneuse.		Diphthérie.		Pas de sérum.	guérie.	10 jours.
97	19 juin. — Femme 25 ans. — Garçonn.	Amygdalite folliculaire.		Diphthérie. Quelques bacilles.		Pas de sérum.	guérie.	7 jours.

8	19 juin. — Femme 49 ans. — Domestique.	Amygdalite folliculaire.	Diphthérie et streptocoques.		Pas de sérum.	guérie.	8 jours.
—	22 juin. — Femme 22 ans. — Sans profession.	Pseudo-membraneuse.	Diphthérie pure.		Sérum 18 cc.	guérie.	28 jours.
100	26 juin. — Femme 28 ans. — Journalière.	Pseudo-membraneuse.	Diphthérie, colonies nombreuses.		Sérum 18 cc.	guérie.	46 jours.
101	27 juin. — Femme 24 ans. — Lingère.	Amygdalite folliculaire.	Diphthérie pure. Colonies nombreuses.		Sérum 18 cc.	guérie.	7 jours.
102	2 juillet. — Femme 31 ans. — Chémisère.	Angine rouge.	Diphthérie.		Pas de sérum.	guérie.	7 jours.
103	7 juillet. — Femme 35 ans. — Blancheuse.	Pseudo-membraneuse.	Diphthérie et streptocoques.	Diphthérie du larynx. Eruption polymorphe. Broncho-pneumonie.	Sérum 46 cc.	décédée.	52 jours.
104	8 juillet. — Femme 26 ans. — Domestique.	Amygdalite folliculaire.	Diphthérie.		Sérum 10 cc.	guérie.	45 jours.
105	9 juillet. — Femme 20 ans. — Mécanicienne.	Pseudo-membraneuse.	Diphthérie pure.		Pas de sérum.	guérie.	41 jours.
106	11 juillet. — Femme 22 ans. — Nourrice.	Amygdalite folliculaire.	Quelques rares bacilles diphthériques et streptocoque.		Pas de sérum.	guérie.	42 jours.
107	12 juillet. — Femme 23 ans. — Couturière.	Amygdalite folliculaire.	Diphthérie et streptocoques.		Pas de sérum.	guérie.	23 jours.
108	15 juillet. — Femme 28 ans. — Infirmière.	Angine rouge.	Diphthérie pure.	Eruption. Douleurs articulaires. Paralysies.	Sérum 10 cc.	Lire l'observation insérée au chapitre Complications.	
109	16 juillet. — Femme 27 ans.	Angine herpétique.	Diphthérie et streptocoques.		Sérum 40 cc.	guérie.	41 jours.

N°	Date de l'entrée, Sexe, Age, Profession.	Forme.	Signes physiques, Signes fonctionnels.	Diagnostic Bactériologique.	Complications.	Traitement.	Terminaison.	Durée.
110	16 juillet. — Femme 24 ans. — Cravatière.	Amygdalite phlegmoneuse.	Fausse membranes, quelques ganglions.	Diphthérie et streptocoques.		Sérum 10 cc.	guérie.	13 jours.
111	16 juillet. — Femme 23 ans. — Maitressière.	Pseudo-membraneuse.		Diphthérie (examen fait à la Charité).		Sérum 20 cc.	guérie.	12 jours.
112	17 juillet. — Femme 22 ans. — Couturière.	Pseudo-membraneuse.	Ulcération du voile.	Diphthérie.		Pas de sérum.	guérie.	12 jours.
113	19 juillet. — Femme 30 ans. — Journalière.	Amygdalite folliculaire.	Points blancs sur l'amygdale droite fausses membranes sur l'amygdale gauche, ganglions, albumine.	Diphthérie et streptocoques.	Eruption polymorphe le sixième jour.	Sérum 10 cc.	guérie.	16 jours.
114	20 juillet. — Femme 17 ans. — Fille de magasin.	Pseudo-membraneuse.		Diphthérie.		Sérum 10 cc.	guérie.	17 jours.
115	22 juillet. — Femme 25 ans. — Nourrice.	Angine rouge.	Ganglions.	Quelques bacilles de Löffler.		Pas de sérum.	guérie.	8 jours.
116	22 juillet. — Femme 28 ans. — Femme de chambre.	Amygdalite folliculaire.		Quelques bacilles et streptocoques.		Pas de sérum.	guérie.	6 jours.
117	25 juillet. — Femme 15 ans. — Sans profession.	Angine rouge.		Diphthérie pure.		Pas de sérum.	guérie.	11 jours.
118	26 juillet. — Femme 20 ans. — Femme de chambre.	Amygdalite folliculaire.	Vésicule d'herpès aux lèvres, albumine.	Diphthérie et streptocoques.		Pas de sérum.	guérie.	13 jours.
119	28 juillet. — Femme 21 ans. — Domes-tique.	Amygdalite folliculaire.		Diphthérie pure, colonies nombreuses.		Pas de sérum.	guérie.	12 jours.

120	1 août. — Femme 28 ans. — Domes- tique.	Amygdalite folli- culaire.	Albumine, Ganglions.	Diphthérie et streptoco- ques.		Pas de sérum.	guérie.	26 jours.
121	2 août. — Femme 35 ans. — Gilette.	Angine pultacée.		Diphthérie pure.		Pas de sérum.	guérie.	27 jours.
	2 août. — Femme 29 ans. — Con- cierge.	Angine rouge.		Bacilles de Löffler et streptocoques.		Pas de sérum.	guérie.	12 jours.
123	3 août. — Femme 22 ans. — Domes- tique.	Angine pultacée.		Diphthérie et strepto- coques.		Pas de sérum.	guérie.	12 jours.
124	3 août. — Femme 27 ans. — Ménage- re.	Pseudo-membra- neuse.	Ganglions.	Diphthérie et strepto- coques.		Sérum 6 cc.	guérie.	13 jours.
125	3 août. — Femme 48 ans. — Blanc- chisseuse.	Amygdalite folli- culaire.		Streptocoques, Bacil- les de Löffler.		Pas de sérum.	guérie.	15 jours.
126	3 août. — Femme 29 ans. — Ban- disseuse.	Angine rouge.	Herpès labial, Albu- mine.	Rares bacilles diphthé- riques. Coccus bri- sou.		Sérum 6 cc.	guérie.	20 jours.
127	10 août. — Femme 20 ans. — Emplo- yée.	Angine pultacée.		Diphthérie.		Sérum X avant d'entrer.	guérie.	10 jours.
128	13 août. — Femme 46 ans. — Coutu- rière.	Amygdalite follicu- laire.		Diphthérie et streptoco- ques.		Pas de sérum.	guérie.	13 jours.
129	13 août. — Fille du 121. — 6 ans.	Rien.		Streptocoques et ba- cilles nombreux.	Ouite.	Pas de sérum.	guérie.	15 jours.
130	17 août. — Femme 18 ans. — Domes- tique.	Amygdalite follicu- laire.		Streptocoques. Coccus brisou. Quelques ba- cilles diphthériques.		Sérum 8 cc.	guérie.	9 jours.
131	24 août. — Femme 17 ans. — Journa- lière.	Pseudo-membra- neuse.	Ganglions.	Bacille diphthérique. Coccus brisou.		Sérum 8 cc.	guérie.	13 jours.

No	Date de l'entrée. Sexe. Âge. Profession.	Forme.	Signes physiques. Signes fonctionnels.	Diagnostic. Bactériologique.	Complications.	Traitement.	Terminaison.	Durée.
132	26 août. — Femme 44 ans. — Domestique.	Angine pultacée.		Diphthérie et streptocoques.		Pas de sérum.	guérie.	8 jours.
133	29 août. — Femme 49 ans. — Raffineuse.	Pseudo-membraneuse.	Fausse membranes sur la luette.	Diphthérie pure.		Sérum 6 cc.	guérie.	40 jours.
134	31 août. — Femme 42 ans. — Ménagère.	Pseudo-membraneuse.		Diphthérie pure.		Pas de sérum.	guérie.	6 jours.
135	12 septembre. — Femme 23 ans. — Télégraphiste.	Pseudo-membraneuse.		Bacilles de Löffler, coccus brisou.		Sérum 6 cc.	guérie.	18 jours.
136	16 septembre. — Femme. — 35 ans Ménagère.	Amygdalite folliculaire.		Diphthérie pure.	Eruption due au sérum, douleurs articulaires.	Sérum 10 cc.	guérie.	13 jours.
137	23 septembre. — Femme 16 ans. — Sans profession.	Pseudo-membraneuse.		Diphthérie.		Pas de sérum.	guérie.	28 jours.



CONCLUSIONS

L'ensemble de ces observations fournit donc des données assez différentes de celles qui sont généralement admises :

1° La diphtérie de l'adulte est une affection bénigne.

Elle ne s'est montrée redoutable en effet que dans un nombre de cas excessivement restreint.

2° Si la diphtérie de l'adulte est une affection bénigne, c'est parce que le larynx de l'adulte n'est pas souvent touché : s'il est touché, la tolérance est la règle.

Que de fois, en effet, n'avons-nous pas vu le croup éclater et cependant combien différent en était le tableau comparé à celui qu'il présente chez l'enfant. Notre Maître, M. le Dr Gouguenheim et nous-même avons vu à plusieurs reprises, au laryngoscope, des malades dont le larynx contenait des fausses membra-

nes, reconnues diphtériques bactériologiquement et dont ils n'étaient pas incommodés. Quoi de plus typique à cet égard que l'observation 79. Cette malade se présente à la consultation du larynx et à l'examen laryngoscopique on constate une ulcération allongée de la paroi postérieure du larynx, terminée à une de ses extrémités par une pellicule blanchâtre, on ensemence avec ce débris et on trouve des colonies nombreuses de bacille de Loeffler.

Un fait nouveau se dégage aussi de ces examens :
Son pharynx était normal.

3° Il y a des suppurations amygdaliennes causées par le bacille de Loeffler pur.

C'est un point important, en contradiction complète avec tous les faits acquis jusqu'à ce jour, nous avons donné trois observations de cas semblables qui ne permettent pas le moindre doute à cet égard ;

4° La forme pseudo-membraneuse de la diphtérie chez l'adulte ne représente que le $\frac{1}{3}$ des cas ;

5° Les formes, herpétique, lacunaire, pultacée, rouge, phlegmoneuse, représentent les $\frac{2}{3}$ des cas.

6° Les complications sont susceptibles de se montrer dans toutes les formes ; la forme pseudo-membraneuse est la plus grave incontestablement par elle-même et par ses complications ;

7° Aucune forme ne doit être isolée des autres,

au point de vue du pronostic, du traitement et de la prophylaxie;

8° Les cas de contagion se présentent à la suite de toutes les formes; la gravité de ces nouveaux cas n'est pas proportionnelle à la gravité du cas initial.

Vu : le Président de la thèse,

FOURNIER.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

